@MEDICA_CHANNEL

درسنامه مبتنی بر تست

نسخه مجازی

ژلوفن

روماتولوژی

منطبق بر هاریسون ۲۰۲۲ و سیسیل ۲۰۲۱



موسسه آموزشی
دانش آموختگان تهران

@MEDICA_CHANNEL

ژلوفن

روماتولوژی

ویرایش ۱۴۰۱

کپی کردن کتاب مصداق عینی دزدی است؛
استفاده از فایل کتاب مصداق عینی دزدی است؛
شما دزد نیستید!
پس کتاب را کپی نکنید، از فایل‌های غیرقانونی استفاده نکنید و سارقین مجازی را معرفی کنید تا جامعه سالم بماند.

مؤلف: فاطمه جلوداری

مدیریت تدوین: دکتر صادق شفائی، دکتر سارا آریان

مؤسسه آموزشی دانش‌آموختگان تهران

انتشارات طبیبانه

۱۴۰۱

نشر طبیبانه

سرشناسه: جلوداری، فاطمه، ۱۳۷۳-
عنوان و نام پدیدآور: روماتولوژی ویرایش ۱۴۰۱/ مولف فاطمه جلوداری؛ مدیریت تدوین صادق شفائی، سارا آریان؛ [به سفارش] موسسه آموزشی دانش‌آموختگان تهران.
مشخصات نشر: تهران: طبیبانه، ۱۴۰۱.
مشخصات ظاهری: ۷۳ ص.؛ ۲۲ × ۲۹ س‌م.
فروست: ژلوفن.
شابک ۱-۸۷-۷۹۰۴-۶۲۲-۹۷۸
وضعیت فهرست نویسی: فیپا
موضوع: روماتیسم‌شناسی -- راهنمای آموزشی (عالی)
Rheumatology -- Study and teaching (Higher)
روماتیسم‌شناسی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها (عالی)
Rheumatology -- Examinations, questions, etc.(Higher)
شناسه افزوده: شفایی، صادق، ۱۳۶۷ -
شناسه افزوده: Shafaei, Sadegh
شناسه افزوده: آریان، سارا، ۱۳۷۲ -
شناسه افزوده: موسسه آموزشی دانش‌آموختگان تهران
رده بندی کنگره: RC۹۲۷
رده بندی دیویی: ۶۱۶/۷۲۳۰۷۶
شماره کتابشناسی ملی:۸۹۸۸۲۵۲
اطلاعات رکورد کتابشناسی:فیپا

نشر طبیبانه

ژلوفن روماتولوژی

مؤلف: فاطمه جلوداری
ناشر:طبیبانه
چاپ: مجتمع چاپ و نشر پیشگامان
مدیر تولید محتوا و صفحه‌آرایی: عاطفه صفاری
نوبت چاپ: اول ۱۴۰۱
شمارگان: ۱۰۰۰ جلد
قیمت نسخه چاپی: قابل مشاهده در سایت فروشگاه edutums.ir
قیمت نسخه مجازی: از ۳۰ تا ۵۰ درصد نسخه چاپی
شابک: ۱-۸۷-۷۹۰۴-۶۲۲-۹۷۸
مرکز پخش: تهران، میدان انقلاب، خیابان کارگر جنوبی، بعد از خیابان روانمهر، بن‌بست سرود، پلاک ۲، واحد همکف
تلفن: ۰۲۱ ۶۶۴۰۶۱۷۰- / ۰۹۳۵۳۵۸۰۲۳۱
وب سایت: edutums.ir

فهرست مطالب



@MEDICA_CHANNEL

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
برخورد با اختلالات مفصلی	مهم	۴

در برخورد با اختلالات عضلانی اسکلتی باید به چند سوال مهم جواب بدیم:

پاسخ درد مفصلی است یا خارج مفصلی؟

باید برای تشخیص مفصلی بودن درد به چند نکته توجه کنیم که تو جدول پایین می‌بینی:

۱ در افتراق بین درد مفصلی از درد غیر مفصلی تمام موارد زیر به نفع درد مفصلی است بجز: (پره‌انترنی شهریور ۹۶- قطبی)

الف) درد عمقی و منتشر

ب) محدودیت حرکات فعال بیشتر از غیرفعال

ج) قفل شدن (locking)

د) کریپتوس

	درد با منشأ مفصلی	درد با منشأ خارج مفصلی
کیفیت و محل درد و تندرنس	معمولاً عمقی و منتشر	تندرنس در فضای خارج مفصلی (point tenderness)
محدودیت حرکتی	محدودیت در حرکات Passive و Active	محدودیت حرکات Active
کریپیتاسیون، دفورمیتی، قفل شدن مفصل	دارد	ندارد
علائم مفصلی دیگر	تورم مفصلی	-

حاد است یا مزمن؟

درد کمتر از ۶ هفته حاد و بیشتر از ۶ هفته مزمن است.

پاسخ التهابی است یا غیر التهابی؟

درد التهابی علاوه بر علائم مفصلی، علائم سیستمیک و یافته‌های آزمایشگاهی مختل دارد، در صورتی که درد مکانیکال و غیر التهابی معمولاً بدون علائم مفصلی، سیستمیک و تغییرات آزمایشگاهی است؛ مقایسه‌شون رو پایین ببینیم

۲ مرد ۴۵ ساله‌ای به علت درد یک ماهه‌ی شانه‌ی راست مراجعه کرده است. حرکات پاسیو مفصل طبیعی و ابداکسیون فعال شانه دردناک است. محتمل‌ترین علت مشکل این بیمار کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۵- قطبی)

الف) رسوب کریستال

ب) میکروتروما

ج) بیماری اتوایمیون

د) آرتریت واکنشی

سؤال	۱	۲		
پاسخ	ب	ب		

	درد التهابی	درد غیرالتهابی و مکانیکال
مثال	آرتریت عفونی، آرتریت روماتوئید، لوپوس و ...	تروما، بورسیت، استئوآرتریت، فیبرومیالژی و ...
علائم مفصلی	درد، اریتم، گرمی، تورم	درد، معمولاً بدون اریتم، گرمی و تورم
خشکی صبحگاهی	طولانی و بیشتر از یک ساعت	کوتاه و کمتر از نیم تا یک ساعت
اثر فعالیت و استراحت	تشدید با استراحت و در شب، بهبود با فعالیت	تشدید با فعالیت و بهبود با استراحت
علائم سیستمیک	خستگی، تب، راش، کاهش وزن	ندارد
آزمایشات	افزایش ESR و CRP و آنمی نرموکروم نرموسیتیک و ...	طبیعی

۳ برای مرد ۳۵ ساله با آرتریت حاد مچ پای راست، کدام تشخیص کمتر مطرح است؟ (پرهانترنی شهریور ۹۷- قطبی)

الف) آرتریت روماتوئید
ب) آرتریت سپتیک
ج) آرتریت کریستالی
د) آرتریت واکنشی

پاسخ **لوکال (تک‌مفصلی) است یا منتشر (چندمفصلی)؟**

در درگیری مفصلی اگر یک مفصل درگیر باشد؛ مونوآرتیکولر، اگر ۳-۲ مفصل درگیر باشد؛ الیگوآرتیکولر و اگر بیشتر از ۳ مفصل درگیر باشد پلی‌آرتیکولر است. حالا که چهار سوال مهم در برخورد با آرتریت رو یاد گرفتی، بیا بریم مثال‌هاش رو بگم 😉

- آرتریت غیرالتهابی ☜ استئوآرتریت، آرتریت شارکو، استئونکروز و هموکروماتوز.
- مونوآرتریت التهابی حاد ☜ نقرس، آرتریت سپتیک، نقرس کاذب، آرتریت راکتیو.
- پلی‌آرتریت التهابی حاد ☜ آرتریت روماتوئید، آرتریت سپتیک چندمفصلی، بیماری سرم، آرتریت ویرال، لوپوس دارویی.
- مونوآرتریت و الیگوآرتریت التهابی مزمن ☜ آرتریت راکتیو، آرتریت پسوریازیسی، مونوآرتریت سلی.

۴ خانم ۳۶ ساله با شکایت از درد دست‌ها مراجعه می‌کند. در معاینه پلی‌آرتریت قرینه‌ی مفاصل کوچک دست‌ها دارد. کدامیک از موارد زیر جزء تشخیص افتراقی‌ها نیست؟ (پرهانترنی اسفند ۹۶- قطبی)

الف) بیماری ویپل
ب) آرتریت روماتوئید
ج) لوپوس
د) آرتریت ویرال

پاسخ

- پلی‌آرتریت التهابی مزمن قرینه ☜ آرتریت روماتوئید، لوپوس، اسکلرودرمی، پلی‌میوزیت، ویرال، نقرس مزمن، نقرس کاذب و Poncet's disease در سل.
- پلی‌آرتریت التهابی مزمن غیرقرینه ☜ آرتریت پسوریاتیک، آرتریت واکنشی، آرتریت انتروپاتیک.
- آرتریت مهاجر ☜ تب روماتیسمی، آرتریت گنوکوکی، آرتریت ویرال، آرتریت بیماری ویپل.

سؤال	۳	۴		
پاسخ	الف	الف		

پاسخ آنالیز مایع مفصلی

اولین اقدام در مونوآرتریت و تورم مفصلی حاد، آسپیراسیون مایع مفصلی و آنالیز نتایج آن از نظر ظاهر، چسبندگی (ویسکوزیته)، تعداد و نوع سلول و گاهی کشت است. مواردی مثل گلوکز، پروتئین و LDH ارزش چندانی ندارند. با آنالیز مایع مفصلی در مونوآرتریت حاد باید سه تشخیص آرتریت عفونی، کریستالوپاتی و تروما را ارزیابی کنیم. جدول زیر تمام نکاتی که تا آخر ژلوفن روماتولوژی از مایع مفصلی باید بدونی رو یک‌جا داره

۵ کدام‌یک از گزینه‌ها، خصوصیات مایع مفصل طبیعی است؟ (پره‌انترنی دی ۹۹- میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) WBC: ۲۰۰۰ - ۵۰۰۰ با PMN ۲۰ درصد

ب) WBC < ۱۰۰۰ با PMN ۵۰ درصد

ج) WBC < ۲۰۰ با ارجحیت لنفوسیت‌ها

د) WBC < ۲۰۰ با ارجحیت نوتروفیل‌ها

نوع	مثال	ظاهر	چسبندگی	تعداد WBC	ارجحیت سلولی
طبیعی	طبیعیه دیگه!	شفاف، زرد کم‌رنگ	عادی	کمتر از ۲۰۰	بیشتر تک هسته‌ای/ PMN< ۱۰%
غیرالتهابی	استئوآرتریت، تروما	شفاف تا اندکی کدر	عادی	کمتر از ۲۰۰۰	بیشتر تک هسته‌ای/ PMN< ۳۰%
التهابی غیرعفونی	آرتریت روماتوئید، نقرس	شدیداً کدر	کاهش‌یافته	۲۰۰۰-۵۰۰۰۰	PMN حدود ۷۰%
عفونت	آرتریت باکتریایی	شدیداً کدر	کاهش‌یافته	بیشتر از ۵۰۰۰۰	PMN حدود ۹۰%
	آرتریت سلی یا قارچی	کدر	کاهش‌یافته	۱۰۰۰۰-۳۰۰۰۰	PMN حدود ۵۰-۷۰%

پاسخ مایع مفصلی خونی یا همارتروز چهار تشخیص مهم دارد:

- ضربه
- کوآگولوپاتی (اختلالات انعقادی مثل هموفیلی)
- کنسر
- آرتروپاتی شارکو (آرتریت نوروپاتیک)

اگر PMN> ۷۵% بود، باید مایع رو زیر میکروسکوپ از نظر وجود بلور و کریستالوپاتی بررسی کنیم. اگر بلور نداشت، از نظر کشت و رنگ‌آمیزی بررسی می‌کنیم.

۶ کدامیک از تشخیص افتراقی‌های زیر برای مایع مفصلی هموراژیک کمتر مطرح است؟ (پره انترنی تیر ۹۷- میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) کوآگولوپاتی

ب) آرتروپاتی شارکو

ج) آرتریت روماتویید

د) تروما

پاسخ بریم یه کوچولو در مورد روش‌های تصویربرداری در بیماری‌های مفصلی بخونیم:

سونوگرافی برای تشخیص اختلالات بافت نرم مانند تاندینیت، تنوسینوویت، انتزیت، بورسیت، کیست بیکر، آسیب تاندون، سندرم تونل کارپ و پارگی روتاتور کاف مناسب است. پس تو سؤال روبرو جواب داله؛ سینوویت ویلوندولار پیگمانته، یک بیماری نادر و پرولیفراتیو خوش‌خیم غشای سینوویال مفاصل، غلاف تاندون و بورس‌مفصلی است. برای تشخیص این بیماری، از معاینه، MRI و آرتروسکوپی استفاده می‌کنیم و سونوگرافی کاربردی ندارد.

۷ جهت تشخیص کدامیک از بیماری‌های موسکولواسکلتال زیر استفاده از اولتراسوند (سونوگرافی) کاربردی ندارد؟ (پره‌انترنی خرداد ۹۸- میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) کیست بیکر

ب) پارگی تاندون روتاتور کاف

ج) سندرم تونل کارپ

د) سینوویت ویلوندولار پیگمانته

سؤال	۵	۶	۷
پاسخ	ج	ج	د

رادیوگرافی ساده هم در مواردی مانند سابقه تروما، شک به عفونت مزمن، ناتوانی پیشرونده، درگیری تک مفصلی و ارزیابی اولیه بیماری های مزمن استفاده می‌شود.

MRI حساسیت بالایی در تشخیص عفونت و التهاب استخوان از جمله استئومیلیت و استئونکروز (آوسکولار نکروز) است اگرچه ویژگی بالایی ندارد. این ابزار جایگزین گادولونیوم اسکن و اسکن WBC نشان‌دار شده است.

پاسخ تراکم استخوان (BMD: Bone Mineral Density)

تست BMD یا تراکم استخوان تست مناسبی برای غربالگری استئوپروز است که بررسی آن در گروه‌های زیر لازم است:

- همه خانم‌های بالای ۶۵ سال و آقایان بالای ۷۰ سال
- خانم‌های جوان‌تری که یائسه شدن یا در شرف یائسگی قرار دارند.
- آقایان بین ۶۹–۵۰ سال که ریسک فاکتور های بالینی شکستگی را دارند.
- شکستگی بدون تروما بعد از ۵۰ سالگی.
- بالغین مبتلا به بیماری‌هایی که باعث کاهش حجم استخوان می‌شوند مثل آرتریت روماتوئید یا مصرف روزانه حداقل ۵ میلی‌گرم پردنیزولون یا گلوکوکورتیکوئیدهای معادل آن، به مدت حداقل ۳ ماه.

پاسخ تست تراکم استخوان با توجه به دو معیار T و Z تفسیر می‌شود.

T-score ← دانسیته‌ی استخوان بیمار را با شخص سالم ۳۰ ساله از همان جنس مقایسه می‌کند.

- استئوپنی ← $-2.5 < \text{T-score} < -1$
- استئوپروز ← $\text{T-score} < -2.5$

Z-score ← دانسیته‌ی استخوان بیمار را با فردی هم‌سن و هم‌جنس مقایسه می‌کند. این امتیاز اگر از 2.5- کمتر باشد، ریسک شکستگی در بیمار بالا می‌رود.

بریم سراغ سوال‌های جدید

پاسخ هر وقت مونوآرتریت حاد دیدی به سه تشخیص آرتریت سپتیک، تروما و کریستالوپاتی مثل نقرس شک کن. حالا برگرد جدول صفحه ۹ رو ببین. برای خوندن آنالیز مایع مفصلی به عدد WBC نگاه کن، اگر ۵۰ هزار تا یا بیشتر بود و بالاتر از ۷۰ درصد PMN داشت، تشخیص بی‌برو برگرد، آرتریت سپتیک باکتریایی است. تازه اینجا که کریستال منفی شده و نقرس منتفی است. ☺

۸ در کدامیک از افراد زیر بررسی تراکم استخوان (BMD) توصیه نمی‌گردد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطبی)

الف) خانم یائسه‌ی ۶۵ ساله
ب) آقای ۴۰ ساله با سابقه‌ی مصرف پردنیزولون 5mg روزانه به مدت دو ماه
ج) آقای ۴۵ ساله مبتلا به آرتریت روماتوئید
د) آقای ۶۰ ساله با سابقه‌ی شکستگی لگن بدون تروما در ۵۰ سالگی

۹ کدامیک از موارد زیر معیار تشخیصی پوکی استخوان است؟ (پره‌انترنی اردیبهشت ۹۷- میان‌دوره کشوری)

الف) T-score ≤- 2.6
ب) Z-score=- 1.5
ج) T-score=- 2 همراه با Z-score=- 1
د) Z-score=- 2.5

۱۰ آقای ۴۵ ساله با شرح حال تورم و درد زانوی راست از سه روز قبل به دنبال تروما آمده. در معاینه زانوی اریتماتو، متورم و دردناک دارد. نتیجه آسپیراسیون مایع مفصلی به شرح زیر است. محتمل‌ترین علت آرتریت بیمار کدام است؟ (پره‌انترنی خرداد و شهریور ۱۴۰۰- مشترک کشوری)

color= yellow, WBC=50000, PMN=80٪, crystal= negetavie,

الف) سپتیک
ب) استئوآرتریت
ج) روماتوئید
د) نقرس

سؤال	۸	۹	۱۰
پاسخ	ب	الف	الف

ایستگاه دستیاری

D1 مرد ۶۰ ساله با سابقه دیابت از ده سال قبل، به علت زخم پا به درمانگاه مراجعه کرده است. گرافی ساده پا نکته خاصی ندارد. در آزمایشات، ESR= 70 mm/h است. با شک به استئومیلیت کدام تصویربرداری مناسب‌تر است؟ (دستیاری اردیبهشت ۱۴۰۱)

الف) MRI

ب) Bone Scan

ج) Labeled WBC Scan

د) PET Scan

پاسخ: از بین گزینه‌ها حساس‌ترین ابزار برای تشخیص استئومیلیت و استئونکروز، MRI است.

اولین تاثیر فقر کشتن فکر است؛

یعنی اگر شما به اندازه‌ی کافی برای حیات خود پول نداشته باشید برده‌ی بی‌اختیار پول خواهید شد،

همان شرایطی که طبقه‌ی متوسط به آن گذران زندگی می‌گویند!

جورج اورول

سؤال	D1			
پاسخ	الف			

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
استئوآرتریت	مهم	۵

استئوآرتریت (OA) یا آرتروز شایع‌ترین بیماری مفصلی است که به دنبال افزایش فشار به مفصل و برهم خوردن تعادل بین غضروف‌سازی و تخریب آن ایجاد می‌شود. چاقی، حرکات فیزیکی نامناسب و ... می‌تواند بار اضافی به مفصل وارد کند. استئوآرتریت دو نوع اولیه و ثانویه دارد.

شایع‌ترین بیماری استخوانی، استئوپروز است.

۱ در پاتوژنز استئوآرتریت کدامیک از عوامل زیر نقش دارد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳- قطبی آزاد)

الف) فعال شدن ایمنی سلولار
ب) افزایش Nitric Oxide
ج) فعال شدن ایمنی هومورال
د) افزایش TGF-β

پاسخ: پاتوژنز استئوآرتریت

دو عامل اصلی ایجاد استئوآرتریت شامل افزایش آسیب‌پذیری مفصل و افزایش فشار وارده به مفصل است.

یکی از فاکتورهایی که در آسیب مفصلی نقش داره، سیتوکاین است؛ سیتوکاین‌هایی مثل IL1 و TNFα با افزایش تولید پروستاگلاندین E2 و NO، ساخت ماتریکس غضروف رو سرکوب می‌کنن.

استئوآرتریت بر عکس آرتریت روماتوئید التهابی نیست و التهاب، عارضه‌ی ثانویه به استئوآرتریت است.

۲ تمام موارد زیر جزء ریسک فاکتورهای استئوآرتریت می‌باشد، به‌جز: (پره‌انترنی دی ۹۹- میاندوره‌ی کشوری)

الف) چاقی
ب) سن بالا
ج) اوستئوپروز
د) جنس زن

پاسخ: ریسک فاکتورهای استئوآرتریت

- سن بالا ☜ مهم‌ترین ریسک فاکتور استئوآرتریت است. سن بالا در استئوآرتریت نوع اولیه و سن پایین در نوع ثانویه مهم است.
- جنس مونث ☜ مخصوصاً در منوپوز که استروژن کم می‌شود.
- چاقی ☜ در خانم‌ها نقش پر رنگ‌تری دارد.
- ژنتیک
- استفاده‌ی مکرر از مفصل
- ناهنجاری‌های مفصلی مثلاً ژنوواروم و ژنووالگوم.
- تراکم بالای استخوان
- تغذیه
- عوامل قومی و نژادی
- عمل جراحی و آسیب مفصلی مثلاً جراحی منیسک.

سؤال	۱	۲		
پاسخ	ب	ج		

پاسخ بیشترین مفاصل درگیر در استئوآرتریت

- مفصل زانو و سپس هیپ شایع‌ترین مفاصل درگیر در استئوآرتریت است.
- مفاصل پروگزیمال (PIP) و دیستال (DIP) انگشتان دست که باعث به ترتیب دفورمیتی گره بوشارد و هبردن می‌شود.
- مفصل کارپومتاکارپ (CMC) اول دست
- مفصل متاتارسوفالنژیال (MTP) اول پا
- مهره‌های گردنی و لومبوساکرال
- یادت باشه معمولاً مچ دست و پا در استئوآرتریت درگیر نمیشن.
- بیشترین محدودیت حرکت مفصل هیپ در چرخش داخلی است.

۳) استئوآرتریت در کدامیک از مفاصل زیر شایع است؟ (پره‌انترنی میان‌دوره‌ی اردیبهشت ۹۶- قطبی)

الف) مفصل مچ پا
ب) مفصل مچ دست
ج) ستون فقرات توراسیک
د) مفاصل بین انگشتی پروگزیمال

پاسخ تظاهرات بالینی استئوآرتریت

- **درد:** شایع‌ترین علامت استئوآرتریت است که با فعالیت بدتر میشه. درد شبانه و استراحتی رو تو مراحل پیشرفته‌ی استئوآرتریت می‌بینیم که البته باید تشخیص‌های دیگه رو هم مد نظر داشته باشیم.

درد در استئوآرتریت از غضروف مفصل نیست، بلکه با گذشت زمان به دنبال آسیب ساختمان‌های خارج غضروفی ایجاد میشه مثلاً کشیدگی کپسول مفصلی، ادم مغز استخوان، التهاب سینوویوم و...

۴) کدامیک از موارد زیر در استئوآرتریت عامل ایجاد درد نیست؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطبی)

الف) التهاب بافت سینوویال و کپسول مفصلی
ب) میکروفراکچر متعدد استخوان ساب کندرال
ج) اسپاسم عضلانی و کشش لیگامان‌ها
د) ادم و تخریب ماتریکس غضروف مفصلی

پاسخ خشکی صبحگاهی کمتر از ۳۰ دقیقه (morning stiffness)

- **کریپیتاسیون** و صدای ترق‌تروق در حرکات مفصلی.
- **افیوژن مفصلی** به خصوص در زانو
- خشکی گذرای مفصل در طول روز به دنبال بی‌حرکتی کوتاه مدت مفصل (gel phenomenon)
- ژنووالگوس (زانو پرانتزی)
- همراهی با پارگی منیسک
- تست شراگ مثبت در استئوآرتریت پاتلوفمورال؛ با فشار ما روی پاتلای بیمار و انقباض فعالانه‌ی عضله‌ی چهار سر ران، بیمار از درد دادش میره هوا و ما هم کریپیتاسیون مفصلی رو حس می‌کنیم.

۵) کدام گزینه با استئوآرتریت بیشتر مطابقت دارد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۵- قطبی)

الف) زن ۴۰ ساله با درد و تورم مزمن مچ دست‌ها و آرنج‌ها
ب) مرد ۶۵ ساله با حملات تورم زانوی راست
ج) زن ۵۸ ساله با درد مزمن زانوها و خشکی صبحگاهی ۱۵ دقیقه‌ای
د) مرد ۲۵ ساله با درد و تورم ۲ هفته‌ای مچ پای چپ و زانوی راست

سؤال	۳	۴	۵
پاسخ	د	د	ج

۶ خانم ۶۸ ساله با درد و کریپیتاسیون هر دو زانو از دو سال قبل و افیوژن متوسط زانوی راست آمده است. CRP منفی ، ESR=20. در آنالیز مفصلی WBC=800 دارد. کدام تشخیص مطرح است؟ (پرەانترنی اسفند ۹۴- قطبی)

الف) استئوآرتریت
ب) آرتریت روماتوئید
ج) فیبرومیالژی
د) آرتریت سپتیک

پاسخ **تشخیص استئوآرتریت**

تشخیص استئوآرتریت بالینی است. پس اگر علائم و شواهد کافی به نفع استئوآرتریت داشتیم، اقدام تشخیصی لازم نیست. ولی اگر شک داشتی به ترتیب دو کار باید بکنی:

۱. آسپیراسیون و آنالیز مایع مفصلی که در استئوآرتریت باید غیر التهابی باشد؛ یعنی WBC < 2000 و با ارجحیت سلول تک‌هسته‌ای.

اگر WBC > 1000 و با ارجحیت PMN (بیشتر از ۷۵٪) بود، به آرتریت‌های التهابی مثل نقرس و آرتریت روماتوئید شک کن.

۷ کدامیک از موارد زیر در مورد اندیکاسیون انجام رادیوگرافی در تشخیص استئوآرتریت صحیح نیست؟ (پرەانترنی شهریور ۹۷- قطبی)

الف) تشخیص استئوآرتریت زانو فقط بالینی است و نیاز به انجام رادیوگرافی ندارد.
ب) در تشخیص استئوآرتریت دست و هیپ رادیوگرافی اندیکاسیون دارد.
ج) در مواردی که علائم و نشانه‌های استئوآرتریت زانو غیرتیپیک باشد انجام می‌شود.
د) در صورتی که بعد از درمان مؤثر استئوآرتریت زانو، درد زانو باقی بماند کاربرد دارد.

پاسخ **۲. تصویر برداری:** گرافی مفصل در استئوآرتریت هیپ و دست ضروری است، ولی در سایر موارد اندیکاسیون ندارد، مگر در مورد درگیری مفصل زانو که علائمش تیپیک نباشد یا به درمان جواب ندهد.

تظاهرات استئوآرتریت در گرافی چیاست؟

- کاهش غیر یکنواخت فضای مفصلی
- اروژن مفصلی
- کیست استخوانی
- اسکلروز ساب کندرال
- استئوفیت

شدت درد با میزان تغییرات و آسیب در گرافی ساده متناسب نیست، ولی وجود سینوویت به خصوص سینوویت زانو در MRI با شدت علائم ارتباط دارد.

۸ آقای ۶۵ ساله/ درد هر دو زانو از یک سال قبل که با فعالیت تشدید و با استراحت بهبود می‌یابد/ خشکی صبحگاهی و سابقه‌ی بیماری و مصرف داروی دیگری ندارد/ دارای دو خواهر بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید/ در معاینه: وجود کریپیتاسیون در فلکسیون کامل زانوها، نداشتن افیوژن در زانوها، / معاینه سایر مفاصل نرمال است. اقدام مناسب بعدی کدام است؟ (پرەانترنی آذر ۹۸- میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) درمان دارویی و غیردارویی مناسب
ب) رادیوگرافی زانوها
ج) آزمایشات Uric acid- CRP-ECR-RF
د) MRI زانوها

پاسخ **درمان استئوآرتریت**

گفتیم اگر مثل بیمار روبرو، شواهد کافی داشتیم، اقدام تشخیصی دیگری برای تأیید استئوآرتریت لازم نیست و باید بلافاصله درمان را شروع کنیم. درمان استئوآرتریت سه جزء دارد:

۱. درمان حمایتی
۲. درمان دارویی
۳. جراحی در موارد شکست درمان

درمان حمایتی اساس و خط اول درمان است که همه در جهت کاهش فشار به مفصل است مثل کاهش وزن، تقویت عضلات اطراف مفصلی (ورزشی مثل شنا و فیزیوتراپی) و استفاده از عصا و Brace.

درمان‌های دارویی در جهت کاهش درد و علائم بیمار است مثل:

۱. ضد التهاب غیر استروئیدی یا NSAID خوراکی محبوب‌ترین ضد درد در استئوآرتریت است. اثر NSIAD خوراکی به حدی است که عملاً نقش استامینوفن و حتی اپیوئید را

سؤال	۶	۷	۸
پاسخ	الف	الف	الف

کم‌رنگ کرده است. فرم موضعی هم استفاده می‌شود. در مورد داروهای NSAID دو نگرانی داریم:

- عوارض گوارشی از جمله خونریزی.
- عوارض قلبی به خصوص در افراد مسن.

سلوکسیب و ناپروکسن به عنوان مهارکننده‌ی سیکلواکسیژناز ۲ (COX-2) امن‌ترین NSAID از نظر قلبی برای افراد مسن می‌باشند. البته سلوکسیب از ناپروکسن هم بهتر است، چون عوارض گوارشی کمی هم دارد.

۲. دولوکستین، استامینوفن و اپیوئید: اگر به هر دلیلی مصرف NSAID ممنوع بود، از جمله نارسایی کلیوی و عوارض، سراغ این سه دارو میایم.

البته استامینوفن تأثیرش خیلی کمه. مثل اینکه برای درد تیرخوردگی بخوای، استامینوفن بدی! داروهای مخدر هم به علت وابستگی زیاد استفاده نمی‌شوند. مگر از سر ناچاری ☹

پاسخ ۳. تزریق داخل مفصلی استروئید که در موارد شدید و حاد درگیری تک مفصلی مثل زانو و هیپ استفاده میشه. مثلاً در بیمار با استئوآرتریت زانو که تورم مفصلی دارد.

۴. پماد موضعی کاپسایسین (Capsaicin) یا فلفل برای کنترل درد بیمار مفید است.

۵. تزریق داخل مفصلی هیالورونیک اسید هم اگرچه استفاده میشه ولی زیاد اثری نداره!

کورتون سیستمیک، گلوکزامین و کندروئیتین در درمان استئوآرتریت کاربردی ندارد.

بریم سراغ سوال‌های جدید

پاسخ برای تشخیص علت درد، اول به مکانیکی یا التهابی بودنش دقت کن؛ اگر درد با فعالیت بیش‌تر شد و خشکی صبحگاهی کم‌تر از نیم ساعت داشت، علل التهابی مثل آرتریت روماتوئید و وایرال و غیره رو کنار بذار و بچسب به علل مکانیکی مثل استئوآرتریت به خصوص اگر کریپیتاسیون و درگیری بندانگشت، هیپ و زانو رو به همراه تغییر شکل انگشتان دیدی. برگرد پاسخ ۵ رو بخون.

۹ استفاده از استروئید برای درمان استئوآرتریت در کدامیک از موارد زیر اندیکاسیون دارد؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷- قطبی)

الف) استئوآرتریت جنرالیزه
ب) موارد مقاوم به NSAID
ج) تزریق داخل مفصلی در موارد حاد و شدید
د) در بیماران جوان

۱۰ خانمی ۶۰ ساله با شکایت تغییر شکل دست‌ها و درد دست‌ها در هنگام کار کردن مراجعه می‌کند. درد از یک سال قبل وجود داشته و با کارهای منزل مثل پخت و پز بیشتر می‌شده است. خشکی صبحگاهی به میزان بیست دقیقه نیز گزارش می‌شود. در معاینه افزایش ضخامت استخوانی در PIP، DIPها دارد و هیچ ضایعه پوستی دیده نمی‌شود. کدام تشخیص بیشتر مطرح است؟ (پره‌انترنی آبان ۱۴۰۰- میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) آرتریت روماتوئید
ب) آرتریت پسوریاتیک
ج) آرتریت وایرال
د) استئوآرتریت

سؤال	۹	۱۰		
پاسخ	ج	د		

ایستگاه دستیاری

D1 آقای ۷۰ ساله با درد زانو از دو ماه قبل مراجعه کرده است. در معاینه درد در حرکات مفصل زانو و کریپتاسیون دارد. خشکی صبحگاهی در حد ۱۵ دقیقه دارد و توانایی بالا رفتن از پله‌ها را ندارد. در رادیوگرافی این بیمار کدامیک از شواهد زیر کمتر مورد انتظار است؟ (دستیاری تیر ۱۴۰۰)

الف) استئوفیت

ب) کاهش فضای مفصلی به صورت غیر قرینه

ج) اسکلروز ساب کندرال

د) اروزیون در حاشیه مفصل

پاسخ درد مفصلی با خشکی کم‌تر از نیم ساعت که با فعالیت تشدید شود، به نفع آرتریت مکانیکی است. از طرفی وجود کریپیتاسیون در این سوال استئوآرتریت را مطرح می‌کند. تمام موارد از تغییرات رادیوگرافیک OA است که تو سوال ۷ خوندی، به جز اروزیون حاشیه‌ی مفصل که در موارد التهابی به خصوص آرتریت روماتوئید دیده می‌شود.

اگه از شما بپرسم «از زندگیت چی میخوای؟»

و شما این‌طور جواب دهید که «میخوام خوشحال باشم و یه خانواده‌ٔ خوب و یه کار دلخواه داشته باشم.»

پاسخ شما آن‌قدر متداول و حدس‌زدنی است که در واقع هیچ معنایی ندارد.

سوال جالب‌توجه‌تر، سوالی که بیشتر مردم هیچ‌گاه به آن فکر نمی‌کنند، این است که

«چه رنجی تو زندگیت میخوای؟ حاضری به‌خاطر چه‌چیزی تو زندگیت اذیت بشی؟»

چون به نظر میاد که پاسخ این سوال نقش مهمی در زندگی ما ایفا می‌کند.

هنر ظریف رهایی از دغدغه‌ها

مارک منسن

سؤال	D1				
پاسخ	د				

@MEDICA_CHANNEL

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
آرتریت روماتوئید	خیلی مهم	۸

پاسخ آرتریت روماتوئید (RA) یک اختلال سیتمیک، التهابی و مزمن است که دوره‌هایی از عود و بهبودی دارد. این بیماری در خانم‌های ۵۰ تا ۶۰ ساله، شایع‌تر است. پس در آقایان جوان‌تر از ۴۵ سال آرتریت روماتوئید نادر است. عوامل ژنتیکی نقش مهمی در استعداد ابتلا و شدت بروز این بیماری دارند. علاوه بر استعداد ژنتیکی، فاکتورهای محیطی پایین هم به در بروز آرتریت روماتوئید مؤثرند:

۱. سیگار مهم‌ترین ریسک فاکتور RA است و بیش‌ترین ارتباط را با آرتریت روماتید سرولوژی مثبت دارد.

۲. چاقی

۳. تماس با سیلیس

۴. تماس با روغن‌های معدنی و حلال‌های ارگانیک.

آرتریت روماتوئید دو دسته علائم مفصلی و خارج مفصلی دارد.

① بیمار ۵۸ ساله مبتلا به آرتریت روماتوئید در خصوص علل ایجاد این بیماری از شما سوال می‌کند. کدامیک از موارد زیر به عنوان یکی از علل محیطی موثر در ایجاد این بیماری شناخته شده است؟ (پره‌انترنی آبان ۱۴۰۰- میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) اعتیاد به الکل

ب) سوءمصرف کافئین

ج) مصرف سیگار

د) آب و هوای مرطوب

پاسخ علائم مفصلی آرتریت روماتوئید

پلی‌آرتریت قرینه که سه نکته‌ی مهم داره:

اضافه‌شونده است: یعنی از یک مفصل شروع شده و به مرور آرتریت مفاصل دیگر هم بهش اضافه میشه.

کدوم مفاصل رو می‌گیره؟ مفاصل کوچک دست و پا شایع‌ترین مفاصل درگیر در آرتریت روماتوئید است. البته هر مفصل سینوویالی مثل مچ دست و پا، ستون فقرات، تمپورومندیبولر و کریکوآریتنوئید هم می‌تونه درگیر بشه.

آرتریت روماتوئید مفاصل DIP دست و ساکروایلیاک را نمی‌گیرد.

② تمام موارد زیر از خصوصیات درگیری مفصلی در آرتریت روماتوئید می‌باشد، بجز: (پره‌انترنی خرداد ۱۴۰۰- میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) قرینه بودن

ب) مزمن التهابی

ج) اضافه شونده

د) الیگوآرتریت

پاسخ با چه علائمی همراه است؟

- درد التهابی، تورم، گرمی و محدودیت حرکت مفصل: درد التهابی مفاصل در آرتریت روماتوئید با فعالیت بهتر و در استراحت و طول شب بدتر می‌شود.
- درد مکانیکال مفصل (مثل استئوآرتریت) با فعالیت بدتر می‌شود.
- خشکی صبحگاهی التهابی که بعد از استراحت طولانی ایجاد و با فعالیت و کمپرس گرم بهتر میشه که معمولاً بیشتر از یک ساعت است.
- خشکی صبحگاهی مکانیکال کمتر از ۳۰ دقیقه است و در استئوآرتریت دیده می‌شود.
- هایپرتروفی سینوویال

③ بیماری با پلی‌آرتریت مزمن زانو ومچ دست‌ها MTP و PIP ها از چند سال قبل با تشدید علائم مراجعه کرده است. خشکی صبحگاهی یک ساعته دارد و Anti CCP مثبت است. همه‌ی موارد زیر در بیمار فوق قابل انتظار است بجز: (پره‌انترنی اسفند ۹۳- قطبی)

الف) پارگی تاندون‌های اکستانسور مچ دست

ب) سندرم تونل کارپ

ج) C1-C2 Subluxation

د) ساکروایلیت دو طرفه

سؤال	۱	۲	۳
پاسخ	ج	د	د



- **دفورمیتی و درگیری مفاصل خاص**
  - کیست بیکر در زانو
  - تنوسینوویت (التهاب غلاف تاندون)
  - دفورمیتی گردن قو (Swan-neck) و جادکمه‌ای (Boutonniere) در انگشتان دست که شکل رو می‌بینی.
  - دفورمیتی Z شکل که به دنبال انحراف اولنار در مفصل متاکارپوفالنژیال (MCP) و نیمه دررفتگی وولار و انحراف رادیال در همین مفصل و مچ دست ایجاد می‌شود.
  - نیمه‌دررفتگی مفصل آتلانتوآگزیال (C1-C2) و فشار بر طناب نخاعی
  - سندرم کارپال تونل که باعث پارستزی دست و انگشتان می‌شود.

پاسخ علائم خارج مفصلی آرتریت روماتوئید

- **علائم عمومی** مثل خستگی، تب خفیف، کاهش وزن و درد عضله (میالژی).
- **ندول‌های روماتوئیدی** غیر دردناک در سطوح اکستانسور مثل آرنج و همینطور ریه، پلور، پریکارد، اسکلرا، قلب و ...
- **عوارض چشمی** مثل سندرم شوگرن ثانویه (کراتوکونژوکتیویت سیکا)، اسکلریت و اپی‌اسکلریت.
- **عوارض ریوی** مثل پلورال افیوژن، پریکاردیت، بیماری بینابینی ریه (ILD)، فیبروز و خونریزی ریوی.

ویژگی‌های آنالیز مایع پلور در آرتریت روماتوئید چیه؟

۱. قند پایین و کم‌تر از ۶۰ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر

۲. پروتئین بالا

۳. تیتر بالای فاکتور روماتوئید در حد ۱/۳۲۰: RF مثبت، بیش‌ترین کمک را در افتراق پلورال افیوژن RA از سایر موارد می‌کند.

- **بیماری پیشرونده‌ی عروق کرونر**
- **واسکولیت** به شکل ضایعات جلدی مثل زخم، نکروز پوستی و مونونوریت مولتی‌پلکس. اما برخلاف لوپوس، مغز و کلیه را نمی‌گیرد.
- پاسخ **عوارض خونی** مثل ترومبوسیتوز، نوتروپنی، ترومبوز، آنمی و گاهی اسپلنومگالی. همچنین ریسک لنفوم و نوعی لوسمی به نام لوسمی سلول گرانولر درشت‌تر (LGL) در آرتریت روماتوئید بالا می‌رود.

اگر شواهد آرتریت روماتوئید رو در کنار با «اسپلنومگالی، نوتروپنی، واسکولیت و زخم پا» دیدی، به سندرم فلتی (Felty) شک کن. نوتروپنی در این بیماران، باعث عفونت‌های مکرر ریوی می‌شود. سندرم فلتی شایع‌ترین تظاهر لوسمی LGL در آرتریت روماتوئید است.

---

۴ خانمی ۴۵ ساله با آرتریت در مفاصل مچ دست‌ها و انگشتان و زانواز ۸ ماه قبل همراه با خشکی صبحگاهی دو ساعته مراجعه نموده است. در آزمایشات ESR، CRP بالا و RF مثبت و ANA منفی است. در معاینه ارگانومگالی ندارد. همه‌ی علائم زیر در ایشان انتظار می‌رود بجزء؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵- قطبی)

الف) پلورال افیوژن

ب) اسکلریت

ج) ترومبوسیتوپنی

د) ندول زیر جلدی

۵ خانم ۶۸ ساله مورد آرتریت روماتوئید از ۱۵ سال پیش که با اسپلنومگالی و زخم ساق پا در بخش بستری می‌باشد. کدام‌یک از موارد زیر در همراهی علائم ایشان ممکن است دیده شود؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۹- مشترک کشوری)

الف) نوتروپنی

ب) سردرد

ج) حساسیت به نور

د) هپاتومگالی

سؤال	۴	۵
پاسخ	ج	الف

تشخیص آرتریت روماتوئید

پاسخ اساس تشخیص آرتریت روماتوئید بالینی است و نیازی به تأیید با آزمایش ندارد، ولی بررسی‌های زیر کمک‌کننده است:

۱. افزایش واکنش‌دهنده‌های فاز حاد مثل ESR و CRP که در افتراق RA از علل غیرالتهابی مثل استئوآرتریت و فیبرومیالژیا و همچنین ارزیابی فعالیت بیماری مفید است.

۲. افزایش تیتر فاکتور روماتوئید (RF) که حساسیت بالا و اختصاصیت پایین دارد. فاکتور روماتوئید می‌تواند در بیماری‌های دیگری مثل هپاتیت (هپاتیت‌های ویروسی مزمن مانند C و B)، لوپوس، شوگرن، سارکوئیدوز، اندوکاردیت، بیماری‌های ریوی و حتی افراد سالم مثبت شود. تیتر RF ارتباطی با شدت بیماری ندارد، ولی معمولاً تیترهای بالای آن با آرتریت اروزیو شدید و عوارض خارج مفصلی همراه است.

پاسخ ۳. Anti-CCP مثبت که در تشخیص آرتریت روماتوئید نسبت به RF اختصاصی‌تر است.

۴. ANA در بعضی موارد.

۵. آنالیز مستقیم مایع مفصلی (آرتروسنتز) معمولاً برای تشخیص آرتریت روماتوئید ضروری نیست و فقط در مواردی که بر خلاف انتظار ما فقط یک مفصل درگیر شود، برای رد عفونت و کریستالوپاتی استفاده میشه.

پاسخ اگر بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید، روی درمان، دچار مونوآرتریت شود، علاوه بر آنالیز و کشت مایع مفصلی، اندازه‌ی اسید اوریک مایع مفصلی و کشت خون هم لازم است. در هر مونوآرتریت حادی باید آرتریت سپتیک و نقرس را رد کنیم.

۶. رادیوگرافی ساده که یافته‌های آن شامل موارد زیر است:

- استئوپنی اطراف مفصل
- تورم بافت نرم
- از بین رفتن فضای مفصلی و کاهش یکنواخت فضای مفصلی
- خوردگی و اروزیون غضروف مفصلی و استخوان‌های زیر آن

۷. MRI به علت تصویر بهتر از بافت نرم، بیشترین حساسیت را برای شناسایی سینوویت و افیوژن مفصل دارد. همچنین تغییرات استخوان و ادم مغز استخوان را در مراحل اولیه نشان می‌دهد.

۸. اولتراسونوگرافی خوردگی‌ها و همینطور سینوویت و افزایش واسکولاریته‌ی مفصل را که مشخصه‌ی التهاب است، نشان می‌دهد.

---

۶ خانم ۴۳ ساله با پلی‌آرتریت انگشتان و مچ دست‌ها از ۶ ماه قبل، مراجعه کرده است. وی تحت‌درمان با پردنیزولون، هیدروکسی کلروکین و متوترکسات است. به منظور ارزیابی فعالیت بیماری، درخواست کدامیک از تست‌های زیر ارزش بیشتری دارد؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵- قطبی)

الف) ESR
ب) Anti-CCP
ج) RF
د) ANA

۷ بیمار خانم ۳۵ ساله‌ایست که با شکایت درد و تورم مفاصل مچ دست‌ها مفاصل MCP و PIP در هر دو دست و مفاصل زانوها مراجعه نموده است که از ۳ ماه قبل شروع شده است. خشکی صبحگاهی بالاتر از ۱ ساعت دارد. در معاینه بجز آرتریت در مفاصل فوق مشکل دیگری ندارد. جهت تشخیص، کدامیک از آزمایشات زیر را درخواست می‌کنید؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطبی)

الف) رادیولوژی از هر دو دست
ب) MRI از مچ هر دو دست
ج) CANCA- PANCA
د) Anti-CCP

۸ بیمار مبتلا به روماتوئید آرتریت که تحت درمان با پردنیزولون و متوترکسات است، به علت تب و لرز، بی‌حالی، لکوسیتوز و افزایش (ESR) مراجعه کرده است. در معاینه مفصل زانوی چپ متورم و گرم است، بقیه مفاصل آرتریت فعال ندارد. در مرحله بعد کدام اقدام را انجام نمی‌دهید؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷- قطبی)

الف) اندازه‌گیری اسید اوریک
ب) آسپیراسیون مایع مفصل
ج) کشت خون
د) افزایش دوز پردنیزولون

سؤال	۶	۷	۸
پاسخ	الف	د	د

۹ خانم ۳۷ ساله‌ای با درد و تورم در مفاصل زانوها و مفاصل بین انگشتی پروگزیمال PIP هر دو دست از دو هفته پیش + خشکی صبحگاهی طولانی مدت تا ظهر / آزمایشات: AntiCCP حدود ۱۱۰۰ با نرمال ۵ دارد. کدامیک در تشخیص بیماری ایشان براساس کرایتریا، کاربرد کم‌تری دارد؟ (پرەانترنی خرداد ۹۸- میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) تعداد مفاصل گرفتار

ب) طول مدت علائم

ج) طول مدت خشکی صبحگاهی بیمار

د) تیتر آنتی CCP

پاسخ کرایتریای تشخیص RA

برای آرتریت روماتوئید یک کرایتریای تشخیصی شامل چهار جزء داریم:

۱. فرم درگیری مفصلی که پلی‌آرتریت بیشترین ارزش را دارد و ارزش درگیری مفاصل کوچک بیشتر از مفاصل بزرگ است.

۲. سرولوژی (RF و Anti CCP)

۳. واکنش‌دهنده‌های فاز حاد (ESR و CRP)

۴. طول مدت علائم

برای تشخیص قطعی آرتریت روماتوئید حداقل امتیاز ۶ از ۱۰ لازم است. جدول کرایتریا رو ببین:

درگیری مفصلی	یک مفصل بزرگ	۰
	۱۰-۲ مفصل بزرگ	۱
	۳-۱ مفصل کوچک	۲
	۱۰-۴ مفصل کوچک	۳
	بیشتر از ۱۰ مفصل بزرگ (حداقل ۱ مفصل کوچک)	۵
سرولوژی	منفی بودن RF و Anticcp	۰
	تیتر پایین RF یا Anticcp	۲
	تیتر بالای RF یا Anticcp	۳
واکنش‌دهنده‌های فاز حاد	CRP یا ESR بالا	۱
طول مدت علائم	بیشتر مساوی ۶ هفته	۱

برای مثال درگیری MCPهای دو دست به همراه هر دو زانو؛ درگیری ۱۰ مفصل کوچک و دو مفصل بزرگ محسوب شده و امتیاز ۵ را از قسمت درگیری مفصل RA دریافت می‌کند.

۱۰ تظاهرات بالینی کدام بیماری، ممکن است با آرتریت روماتوئید اشتباه شود؟ (پرەانترنی شهریور ۹۷- قطبی)

الف) آرتریت پسوریاتیک

ب) اسپوندیلیت آنکیلوزان

ج) کرون

د) آرتریت راکتیو

پاسخ تشخیص افتراقی‌های آرتریت روماتوئید

۱. آرتریت پسوریاتیک

۲. آرتریت وایرال

۳. آرتریت واکنشی

۴. بیماری‌های دیگری مثل شوگرن، SLE، نقرس و ...

سؤال	۹	۱۰		
پاسخ	ج	الف		

درمان آرتریت روماتوئید

برای درمان RA، علاوه بر دارو باید اقدامات غیردارویی مثل کاهش فشار بر مفصل و فیزیوتراپی هم در نظر بگیریم. سه دسته‌ی دارویی برای کنترل RA استفاده می‌شوند: NSAID، گلوکوکورتیکوئیدها و DMARD (داروهای آنتی‌روماتیک تعدیل‌کننده‌ی بیماری) مثل اتانرسپت.

NSAIDها فقط برای کاهش درد و تورم استفاده می‌شوند، تاثیری بر سیر بیماری ندارند و تقریباً هیچ وقت به تنهایی تجویز نمی‌شوند.

گلوکوکورتیکوئیدها (مثل پردنیزولون)

گلوکوکورتیکوئیدها در موارد حاد بیماری و همچنین برای کاهش اروزیون استفاده می‌شوند. معمولاً به عنوان درمان پل زننده، در کنار DMARDs تجویز می‌شوند، یعنی تا زمان اثر DMARD، با استروئید علائم بیماری را کنترل می‌کنیم. پس اگر بیمار روی درمان DMARD مثل اتانرسپت همچنان درد داشت، دوز استروئید را بالا می‌بریم و زمانی که DMARD اثر کرد، کورتون را قطع می‌کنیم.

اگر علائم بیمار در یک یا دو مفصل شدت گرفت، تزریق داخل مفصلی کورتون گزینه‌ی مناسبی است.

DMARDs مؤثرترین گروه برای کنترل علائم و جلوگیری از پیشرفت بیماری و اروزیون مفصلی است. انواعش رو پایین می‌بینیم:

متوتروکسات (MTX) خط اول درمان آرتریت روماتوئید است. عوارض جانبی آن شامل زخم دهان، تهوع، سمیت کبدی، سیتوپنی و پنومونیت است؛ در نتیجه هر ۳-۲ ماه باید کراتینین، CBC، و آنزیم‌های کبدی (AST،ALT ،Alkp) چک شوند. پس این دارو در الکلی‌ها و بیماری کبدی مزمن ممنوع است.

هیدروکسی کلروکین و یا **سولفاسالازین** : به تنهایی یا ترکیبی، به عنوان خط اول درمان آرتریت روماتوئید خفیف استفاده می‌شوند. عارضه‌ی این دو دارو، سمیت شبکیه است. پس مصرف‌کنندگان باید هر ۶ ماه، مشاوره‌ی چشم پزشکی شوند.

DMARDهای بیولوژیک یه تعدادیشون ضد TNF-α هستن مثل اتانرسپت، انفلیکسی‌ماب، آدالیموماب و گلیموماب. از بقیه‌شون هم میشه آناکینرا، ریتوکسیماب و ... را نام برد که اغلب در موارد شکست درمان با متوتروکسات، به همراه آن تجویز میشن.

۱۱) آقای ۵۰ ساله‌ای مبتلا به RA که از سه هفته قبل تحت درمان با پردنیزولون 5 mg روزانه و قرص متوتروکسات 15 mg در هفته می‌باشد، مراجعه نموده و از درد شدید مفاصل PIP علی‌رغم مصرف صحیح داروها شاکی است. کدام اقدام برای بیمار مناسب است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷- قطبی)

الف) افزایش دوز پردنیزولون
ب) شروع اینفلکسی‌ماب
ج) افزایش دوز متوتروکسات
د) جایگزینی متوتروکسات با لفلونوماید

۱۲) خانم ۵۰ ساله‌ای مبتلا به آرتریت روماتوئید تحت‌درمان تک دارویی با متوتروکسات ۱۰ میلی‌گرم هفتگی است، از نظر عوارض درمان کدام بررسی دوره‌ای را تجویز می‌کنید؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷- قطبی)

الف) ALT و CBC
ب) معاینه‌ی چشم و پریمتری
ج) NA و K و Ca و P
د) FBS و Cholesterol

سؤال	۱۱	۱۲		
پاسخ	الف	الف		

۱۳ خانم ۴۰ ساله مبتلا به آرتریت روماتوئید با شکایت از سرفه، خلط خونی و تب از دو هفته قبل مراجعه نموده است. وی از شش سال قبل تحت‌نظر روماتولوژیست بوده و به دلیل فعال بودن آرتریت، داروی اتانرسپت (Etanercept) از یک ماه قبل به رژیم درمانی ایشان اضافه شده است. در معاینه RR:30/min , T=38.7°C و کراکل در ریه‌ی راست به گوش می رسد. علاوه بر بستری کردن ایشان و شروع آنتی‌بیوتیک وریدی، کدام اقدام در اولویت است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳- قطبی)

الف) پالس متیل پردنیزولون
ب) هپارین وریدی
ج) اکوکاردیوگرافی
د) رنگ‌آمیزی خلط برای AFB

پاسخ داروهای ضد TNF-α خطر عفونت و فعال شدن سل نهفته را بالا می‌برند. بنابراین قبل از تجویز این داروها، باید PPD و رادیوگرافی قفسه‌ی سینه‌ی بیمار چک شود. اگر حین درمان علائم سل (سرفه، خلط خونی و تب بیش از دو هفته) بروز کرد، باید رنگ‌آمیزی خلط برای AFB (باسیل اسید فاست) انجام شود.

بهترین درمان برای بیمار مبتلا به آرتریت روماتوئید تازه تشخیص داده شده، ترکیب سه داروی متوتروکسات، استروئید و NSAID است.

بریم سراغ سوال‌های جدید

۱۴ خانم ۳۰ ساله‌ای با درد و تورم مفاصل از ۲ ماه قبل مراجعه کرده است. خشکی صبحگاهی ۱ ساعته دارد. در معاینه مفاصل مچ دست‌ها و متاکارپوفالنژیال ۲ و ۳ هر دو دست متورم حساس می‌باشد. کمردرد ندارد. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (پره‌انترنی آذر ۹۸- میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) نقرس
ب) آرتریت روماتوئید
ج) آرتریت واکنشی
د) اسپوندیلیت آنکیلوزان

پاسخ خشکی مفصل یک ساعته یا بیشتر به نفع درد التهابی است. حالا اگر این درد التهابی در کنار آرتریت مفاصل کوچک مچ و MCP باشد، تشخیص آرتریت روماتوئید است. برگرد جواب ۲ رو بخون.

۱۵ خانم ۴۸ ساله‌ای با درد و تورم مفاصل proximal interphalangeal و مچ دست راست و قسمت تحتانی کمر از حدود دو ماه قبل مراجعه نموده است. سطح سرمی فاکتور روماتوئید طبیعی می‌باشد. کدام‌یک از موارد زیر بیشتر از همه تشخیص بیماری آرتریت روماتوئید را زیر سوال می‌برد؟ (پره‌انترنی اسفند ۱۴۰۰- مشترک کشوری)

الف) طول مدت بیماری
ب) طبیعی بودن فاکتور روماتوئید
ج) سن بیمار
د) درد قسمت تحتانی کمر

پاسخ هر وقت درد قسمت تحتانی کمر یا ساکروایلئیت دیدی، تشخیص آرتریت روماتوئید رو حذف کن.

سؤال	۱۳	۱۴	۱۵
پاسخ	د	ب	د

ایستگاه دستیاری

D1 بیمار مبتلا به آرتریت روماتویید تحت درمان با پردنیزولون و متوترکسات می‌باشد. از دو روز قبل دچار درد، قرمزی و تورم زانوی راست به صورت ناگهانی شده است، معاینه بقیه مفاصل طبیعی است. بهترین اقدام کدام است؟ (دستیاری اردیبهشت ۱۴۰۱)

الف) افزایش دوز متوترکسات
ب) آرتروسنتز زانو
ج) رادیوگرافی زانو
د) افزایش دوز پردنیزولون

پاسخ: به عنوان یک قانون هر مونوآرتریت حاد رو باید با شک به آرتریت سپتیک، آرتروسنتز و آنالیز مایع مفصلی کنیم. تو سوال ۸ بهت گفتم، اگر چنین شرایطی حین درمان آرتریت روماتوئید پیش اومد، علاوه بر آرتروسنتز، باید سطح اسید اوریک رو چک کنیم و کشت خون هم بگیریم.

D2 خانم ۴۰ ساله با سابقه درد و تورم انگشتان دست و پا از ۹ ماه قبل که همراه با خشکی صبحگاهی حدود یک ساعت بوده، مراجعه نموده است. در معاینه، تورم و تندرنس قرینه مچ دست‌ها و مفاصل متاکارپوفالنژیال هر دو دست دارد. آزمایشات نشان‌دهنده شمارش گلبولی نرمال، ESR=65 mm/h است و در گرافی، شواهد اروزیون در مفاصل مبتلا و استئوپنی در اطراف این مفاصل وجود دارد. احتمال مثبت شدن کدامیک از آنتی‌بادی‌های زیر در این بیمار بیشتر است؟ (دستیاری اردیبهشت ۱۴۰۱)

الف) Anti-CCP
ب) Anti-dsDNA
ج) Anti-Isomerase
د) Anti-SSB

پاسخ: هر وقت آرتریت قرینه در مچ و انگشتان دست به همراه خشکی صبح‌گاهی بالای نیم تا یک ساعت دیدی، به آرتریت التهابی و سردسته‌ی آن یعنی آرتریت روماتوئید فکر کن. همینطور CRP و ESR بالا هم به نفع آرتریت روماتوئید است. شواهد رادیوگرافیک آرتریت روماتوئید استئوپنی و اروزیون است، برگرد از سوال ۷ مرورش کن. یادت باشه در آرتریت روماتوئید Anti-CCP از فاکتور روماتوئید هم اختصاصی‌تر است. در آرتریت روماتوئید گاهی RF و ANA هم مثبت می‌شود.

D3 خانمی ۳۰ ساله با درد و تورم انگشتان دست و پا از ۸ هفته قبل که همراه با خشکی صبحگاهی حدود نیم ساعت بوده آمده.در معاینه نکته خاصی غیر از تورم و دردناکی قرینه مچ و انگشتان دست‌ها نداشته و آزمایشات نشان دهنده شمارش گلبولی نرمال، سرعت رسوب خون ۳۵ میلی‌متر در ساعت اول و فاکتور روماتوئید و آنتی نوکلئار آنتی‌بادی منفی است. کدامیک از تشخیص‌های افتراقی زیر بیشتر مطرح می‌شود؟ (دستیاری مرداد ۹۹)

الف) آرتریت روماتوئید
ب) آرتریت پسوریاتیک
ج) استئوآرتریت اروزیو
د) بیماری کلسیم پیروفسفات

پاسخ: این بیمار هم مثل سوال بالایی، شواهد آرتریت التهابی از جمله ESR بالا و خشکی صبح‌گاهی بالای نیم ساعت دارد. از بین آرتریت‌های التهابی، آرتریت روماتوئید درگیری غیرقرنیه مفاصل کوچک از جمله مچ دست و پا و انگشتان می‌دهد. پس الف شد. گفتم ANA و RF گاهی در آرتریت روماتوئید مثبت می‌شود، منفی شدن این دو رد کننده نیست.

سؤال	D1	D2	D3
پاسخ	ب	الف	الف

D4 بیمار آقای ۶۰ ساله با سابقه ۲۰ ساله آرتریت روماتوئید با علائم پارستزی اندام تحتانی همراه با زخم ۲ سانتی‌متری مالئول خارجی پای چپ مراجعه نموده است. ندول زیر جلدی در آرنج‌ها و پتشی و پورپورا روی هر دو ساق پا دارد. در بررسی نوار عصب و عضله مونونوریت مولتی‌پلکس دارد. CBC diff= NL , ESR=80 و سطح کمپلمان‌های سرم پایین است. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (دستیاری تیر ۱۴۰۰)

الف) کرایوگلوبولینمی ثانویه

ب) اضافه شدن لوپوس

ج) روماتوئید واسکولیتیس

د) سندروم فلتی

پاسخ: این بیمار مبتلا به روماتوئید واسکولیتیس است. تابلوی روماتوئید واسکولیتیس، بیماری مبتلا به آرتریت روماتوئید است که بیماری طول کشیده، RF یا Anti-CCP مثبت یا سطح پایین کمپلمان دارد و ناگهان دچار یکی از این سه حالت می‌شود:

۱. بروز زخم‌های واسکولیتی روی اندام تحتانی به خصوص ساق پا.

۲. بروز بی‌حسی یا احساس گزگز در انتهای اندام یا همون مونونوریت مولتی‌پلکس.

۳. ضایعات پوستی به شکل پتشی، پورپورا و یا لویدورتیکولاریس.

رابطه‌ای که پای عواطف فردی را به میان بکشد آدم را در معرض خطر قرار می‌دهد و هرچه اجازه دهم آدم‌های بیشتری نزدیکم شوند بر تعداد راه‌هایی که می‌شود به من آسیب رساند افزوده می‌شود.

رمان در

ماگرا سابو

سؤال	D4			
پاسخ	ج			

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
لوپوس	خیلی مهم	۹

لوپوس (SLE) بیماری اتوایمیون و مولتی‌سیستمیکی است که در خانم‌ها شیوع بیش‌تری دارد.

پاسخ تظاهرات بالینی لوپوس

اول کیس تیپیک لوپوس رو یاد بگیر:

خانم جوانی با شکایت اصلی ضعف و خستگی اومده، که در بررسی‌ها ممکنه زخم دهانی، تب و لنفادنوپاتی تا اختلالات شدیدتر مثل بیماری‌های کلیوی و نورولوژیک هم داشته باشه که میگه علائم سیر دوره‌ای دارن (مثل شعله اوج می‌گیرن و بعد آروم میشن).

لنفادنوپاتی لوپوس بیشتر در نواحی سرویکال و آگزیلاری دیده میشه و به صورت دردناک، نرم و متحرک است.

علائم عمومی مثل ضعف، خستگی و کاهش وزن.

علائم پوستی مخاطی

آلوپسی بدون اسکار، زخم دهانی به خصوص در کام سخت و مخاط بوکال و ضایعات پوستی حساس به نور را در لوپوس می‌بینیم. البته ضایعات پوستی لوپوس، در سه گروه قرار می‌گیرند:

۱. لوپوس پوستی حاد: مهم‌ترین ویژگی نوع حاد، با مالار راش یا راش پروانه‌ای کلاسیک روی گونه است که چین نازولبیال دور دهان را نمی‌گیرد. گاهی کهیر، بثورات ماکولوپاپولار، تاول و بثورات مشابه واکنش TEN هم می‌بینیم.

۲. لوپوس پوستی تحت حاد با ضایعات پوستی حلقوی و مشابه راش پسوریازیس مشخص می‌شود.

۳. لوپوس پوستی مزمن با ضایعات دیسکوئیدی اسکار گذار همراه است. ضایعات مخاطی دهان، بینی و ژنیتالیا در فرم مزمن شایع‌تر است.

علائم اسکلتی عضلانی

۱. آرترالژی و پلی‌آرتریت التهابی ☜ شایع‌ترین. آرتریت لوپوسی غیرالتهابی و غیرخورنده است. در لوپوس، آرتروپاتی جاکود را می‌بینیم که دفورمیتی مشابه آرتریت روماتوئید به دست می‌دهد، با این تفاوت که در لوپوس این دفورمیتی به شکل دستی قابل اصلاح و برگشت‌پذیر است.

۲. نکروز آوسکولار (AVN) ☜ خیلی ناشایع.

۳. میالژی

---

۱ خانم ۲۲ ساله با تب، زخم دهانی و دردهای مفصلی از چندین ماه قبل همراه با راش پروانه‌ای و پروتئینوری ۱۰۰۰ میلی‌گرم در ادرار ۲۴ ساعته بستری می‌شود. همه‌ی مشکلات مفصلی زیر با بیماری وی قابل توجیه است، بجز: (پره‌انترنی شهریور ۹۶- هشت قطبی مشترک و پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطبی)

الف) اروزیون در رادیوگرافی مچ دست‌ها

ب) نکروز آواسکولار هیپ

ج) Jaccoud's arthropathy

د) پلی‌آرتریت التهابی

سؤال	۱		
پاسخ	الف		

علائم قلبی- ریوی

۱. پریکاردیت و پلوریت با فریکشن راب مشخص می‌شود. پریکاردیت شایع‌ترین عارضه‌ی قلبی در لوپوس است.

۲. میوکاردیت نادر ولی کشنده است.

۳. افیوژن پلور و پریکارد اگروداتیو با قند پایین.

۴. ضخیم شدن دریچه و اندوکاردیت غیرعفونی لیمن-ساکس.

۵. سندرم ریه‌ی چروکیده

۶. درگیری عروق ریه به شکل آمبولی ریه که در شرایط آنتی فسفولیپید مثبت و هایپرتنشن شریان ریوی دیده می‌شود.

علائم گوارشی و کبدی مثل هپاتیت لوپوسی و درد شکم حاد ناشی از پانکراتیت و غیره.

پاسخ **علائم کلیوی** (نفریت لوپوسی)

نفریت یکی از علل مرگ در بیماران مبتلا به لوپوس است. در لوپوس Anti dsDNA مثبت معادل نفریت لوپوسی است. علاوه بر این، سطح کمپلمان هم، احتمال درگیری کلیه را بیش‌تر می‌کند.

علائم عصبی روانی مثل تشنج و سایکوز و علائمی مانند اضطراب، افسردگی، نوروپاتی حسی-حرکتی و ...

علائم خونی مثل لکوپنی، لنفوپنی و ترومبوسیتوپنی، آنمی، AIHA، TTP (آنمی همولیتیک کومبس مثبت).

علائم عروقی

۱. پدیده‌ی رینود در بیشتر از ۴۰٪ مبتلایان به لوپوس که در بینی، لاله گوش، لب و نیپل دیده می‌شود.

۲. ترومبوز به علت سطح بالای آنتی‌فسفولیپید آنتی‌بادی و آنتی کاردیولیپین.

۳. واسکولیت و لویدورتیکولاریس

علائم چشمی که شایع‌ترینش شوگرن (کراتوکونژکتیویت سیکا) است. در فصل آخر می‌گمش.

پاسخ **لوپوس و بارداری**

خانم باردار مبتلا به لوپوس احتمال ترومبوز و در نتیجه سقط بالایی داره، پس سقط مکرر باید چراغ لوپوس رو تو ذهنت روشن کنه! در کل بارداری، لوپوس رو شعله‌ور می‌کنه. حالا ۳ تا سؤال طلایی رو جواب بده

۱. آنتی‌بادی لوپوس نوزادی چیه؟

Anti SSA (Anti-Ro)

Anti SSB (Anti-La)

۲ خانم ۳۲ ساله با سابقه‌ی لوپوس از ۳ سال قبل تحت‌درمان با پردنیزولون و هیدروکسی کلروکین است. در پیگیری اخیر بیمار، نتایج آزمایشات زیر بدست آمده است:

Hb:12, WBC:5600, PLT:186/000, BUN:22, Cr:1.2, U/A: Protein+3, RBC:8-10, WBC:10-12, U/C –

کدامیک از اتو آنتی‌بادی‌های زیر ارتباط بیشتری با درگیری کلیوی بیمار دارد؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷- قطبی)

الف) Anti-ccp

ب) Anti-Histon Ab

ج) Anti-dsDNA

د) Anti U1-RNP

۳ خانم ۳۰ ساله‌ای با سابقه پنج ساله ابتلا به لوپوس قصد بارداری دارد. کدام‌یک از اتو آنتی‌بادی‌های زیر لازم است بررسی شود؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۹- مشترک کشوری)

الف) ANA

ب) anti-centromere

ج) anti-smith

د) anti-SSA

سؤال	۲	۳		
پاسخ	ج	د		

پاسخ ۲. عارضه‌ی این آنتی‌بادی‌های لوپوس نوزادی که از جفت رد میشن در نوزاد و مادر چیه؟ در نوزاد بلوک قلبی مادرزادی (CHB) و در مادر ترومبوز (DVT). در صورت مثبت شدن Anti SSA و Anti SSB، از هفته‌ی ۱۶ حاملگی باید مانیتورینگ قلب جنین به صورت سریال انجام شود.

۳. در خانم مبتلا به لوپوس که با قصد بارداری، کدوم آنتی‌بادی‌ها رو باید چک کنی؟

- آنتی‌بادی‌های لوپوس نوزادی
- آنتی‌فسفولیپید آنتی‌بادی برای احتمال خطر سقط

۴. خانم مبتلا به لوپوس، چه زمانی بهتره باردار بشه؟ زمانی که حداقل ۶ ماه بیماری خاموش یا تحت کنترل باشد.

۴ تمام توصیه‌های زیر را به خانم ۳۵ ساله مبتلا به لوپوس که تمایل به بارداری دارد، می‌کنید، بجز؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷- قطبی)

الف) بیماری باید از ۶ ماه قبل تصمیم به حاملگی کاملا خاموش و کنترل باشد.

ب) چک آنتی‌بادی‌های SSA/Ro و SSB/La قبل بارداری

ج) چک APAs (آنتی‌فسفولیپید آنتی‌بادی‌ها) قبل حاملگی

د) در صورت سابقه‌ی بلوک قلبی جنینی در حاملگی‌های قبلی کنترااندیکاسیون حاملگی مجدد دارد.

پاسخ لوپوس دارویی

لوپوس دارویی بیش‌تر در پیرمردها دیده می‌شود. چهار ویژگی برای لوپوس دارویی یاد بگیر:

۱. داروهای مقصر در لوپوس دارویی عبارت است از: پروکائین آمید، هیدرالازین، ایزونیازید، پروپیل تیواوراسیل، متیل دوپا، لوودوپا، ماینوسایکلین، اینترفرون آلفا، TNF-inhibitor (مثل اتانرسپت) و PPI (مثل امپرازول).

۲. هیچوقت سیستم کلیوی و مغزی را درگیر نمی‌کند.

۳. از نظر سرولوژی ANA و آنتی هیستون در لوپوس دارویی مثبت است. Anti dsDNA در لوپوس دارویی نداریم، مگر در مصرف مهارکننده‌های TNF.

۴. با قطع داروی مقصر، علائم کنترل می‌شود. استروئید هم کمک می‌کند.

۵ خانم ۵۴ ساله با سابقه‌ی فشارخون بالا و تشنج که تحت‌درمان می‌باشند با علائم سروزیت تب و مالار راش بررسی شدند و تشخیص لوپوس برای ایشان مطرح شد. کدامیک از داروهای زیر می‌تواند در ایجاد بیماری لوپوس دخیل باشد؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷- مشترک کشوری)

الف) هیدرالازین

ب) آملودیپین

ج) پرازوسین

د) فوروزماید

پاسخ کرایتریای تشخیصی لوپوس

برای زدن مارک لوپوس باید از ۱۱ مورد، حداقل ۴ مورد به همراه ANA مثبت داشته باشیم:

۱. مالار راش

۲. ضایعات دیسکوئیدی ← اریتم برجسته و سکه مانند که پوسته‌ریزی و اسکار دارد.

۳. حساسیت به نور.

۴. زخم بدون درد دهانی یا نازوفارنکس.

۵. آرتریت غیرخورنده در دو یا چند مفصل محیطی.

۶. سروزیت ← پریکاردیت و پلوریت

۷. اختلال کلیوی به صورت پروتئینوری بیشتر از 5 gr/day یا بیشتر از +۳ یا کست‌های سلولی.

پس حتماً U/A، Cr، BUN رو چک کن.

۶ تمام موارد زیر جزء معیارهای تشخیص SLE می‌باشند، بجز: (پره‌انترنی شهریور ۹۴- قطبی)

الف) سایکوز

ب) لکوسیتوز

ج) آرتریت

د) ترومبوسیتوپنی

سؤال	۴	۵	۶
پاسخ	د	الف	ب

۷ کدامیک از انواع پاتولوژی درگیری کلیه در بیمار مبتلا به لوپوس در صورت عدم درمان بدترین پروگنوز را دارد و منجر به نارسایی کلیه می‌شود؟ (پره‌انترنی اردیبهشت ۹۶- میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) Diffuse Proliferative Glumerolonephritis

ب) Focal Segmental Proliferative Glumerolonephritis

ج) Membranous Glumerolonephritis

د) Minimal change disease

پاسخ: بیوپسی مثبت از نظر نفریت لوپوسی همراه با ANA مثبت تشخیص لوپوس را قطعی می‌کند. نفریت لوپوسی شش کلاس دارد:

۱- Minimal mesangial

۲- Mesangial proliferative

۳- Focal

۴- Diffuse proliferative: بدترین پیش‌آگهی را دارد.

۵- Membranous

۶- Advanced sclerosis

۸. اختلال خونی که سه حالت دارد:

- آنمی همولیتیک کومبس مثبت
- لوکوپنی کمتر از ۴۰۰۰ و یا لنفوپنی کمتر از ۱۵۰۰ در دو نوبت یا بیشتر
- ترومبوسیتوپنی: بدون مواجهه با داروهای آسیب‌رسان به پلاکت.

۹. اختلال عصبی مثل تشنج یا سایکوز

۸ خانم جوان/ آرتریت در مچ دست و انگشتان/ در معاینه: وجود ضایعات اریتماتو روی گونه‌ها و بینی، زخم‌های داخل بینی و دهان، ریزش موی شدید/ در آزمایشات: پروتئینوری حدود ۱۸۰۰ میلی‌گرم در ۲۴ ساعت و پلاکت ۹۱۰۰۰/ برای تشخیص بیماری کدامیک کمک کننده است؟ (پره‌انترنی خرداد ۹۸- میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) Anti CCP

ب) PANCA

ج) Anti dsDNA

د) CANCA

پاسخ: ۱۰. اختلال ایمنی به صورت مثبت شدن یکی از اتو آنتی‌بادی‌های زیر:

- Anti dsDNA
- Anti Smith
- آنتی‌بادی آنتی فسفولیپید مثل آنتی‌کاردیولیپین، آنتی کوآگولان لوپوسی و یا VRDL (تست سفلیس) مثبت کاذب برای ۶ ماه در نبود ترپونما پالیدوم.

اختصاصی‌ترین آنتی‌بادی‌ها برای لوپوس چیان؟

- Anti dsDNA
- Anti Smith

Anti dsDNA میزان فعالیت بیماری و همینطور درگیری کلیه را نشان می‌دهد.

۹ خانمی ۲۴ ساله با راش پروانه‌ای صورت، زخم دهانی و پلی‌آرتریت از دو ماه قبل مراجعه کرده‌اند. در آزمایشات PLT= 110000/mm3، WBC= 3600/mm3 و آنالیز ادرار نرمال است. برای تشخیص بیماری در مورد الگوی مثبت شدن ANA در ایمونوفلورسنس کدامیک از موارد زیر اختصاصی‌تر است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطبی)

الف) Speckled

ب) Rim یا peripheral

ج) homogenous

د) nucleolar

پاسخ: ۱۱. ANA مثبت: در مورد ANA (آنتی‌بادی ضد هسته‌ای) باید نکات زیر رو بدونی

- ANA در لوپوس دارویی به صورت کاذب مثبت میشه.
- ANA با الگوی Rim (Peripheral) برای لوپوس حساسیت خیلی بالایی داره.
- تیتر مثبت ANA در لوپوس ۱/۸۰ است.

سؤال	۷	۸	۹
پاسخ	الف	ج	ب

پاسخ خب حالا که باید و نبایدهای تشخیص لوپوس رو یاد گرفتی، بیا معیارهای این دختر خانم رو بشمریم:

۱- زخم دهانی بدون درد، ۲- ANA مثبت، ۳- Anti Sm مثبت، ۴- ترومبوسیتوپنی زیر صد هزار. پس ب شد. دقت کن که آرتریتش چون یک مفصل رو گرفته، کرایتریا رو پُر نمی‌کنه.

درمان لوپوس

درمان لوپوس در جهت کنترل علائم بیماری است. نکات زیر در پیشگیری از بروز علائم و عوارض مهم است:

۱. پرهیز از نور آفتاب با ضد آفتاب و ...

۲. پیشگیری از پدیده‌ی رینود با لباس گرم و ...

۳. توصیه به عدم مصرف OCP

۴. واکسیناسیون علیه آنفولانزا و پنوموکوک و ...

پاسخ **درمان دارویی لوپوس**

همین اول بگم که در کل چهار دارو برای درمان لوپوس از طرف FDA تأیید شده است:

۱- آسپرین	۲- گلوکوکورتیکوئید
۳- هیدروکسی کلروکین	۴- بلیموماب

بریم دسته‌های دارویی مورد استفاده در لوپوس رو مرور کنیم:

۱. **ضد التهاب غیر استروئیدی** (NSAID) مثل آسپرین و استروئیدی. گلوکوکورتیکوئید بهترین دارو برای کنترل اکثر علائم لوپوس و التهاب این بیماری است. در مقابل آسپرین، فقط برای آرتریت و علائم عضلانی خفیف، تب، پریکاردیت و پلوریت استفاده می‌شود. همینطور آسپرین را برای کاهش ریسک ترومبوز در مادران باردار و افراد دارای آنتی‌فسفولیپید بدون سابقه‌ی ترومبوز قبلی تجویز می‌کنیم.

۲. **داروی ضد مالاریا** مثل هیدروکسی کلروکین اساس درمان دارویی لوپوس است، چون علاوه بر کنترل علائم پوستی و عضلانی روی کنترل شعله‌وری لوپوس، آسیب آرگان اثر دارد. این دارو از انتقال آنتی بادی RO به جنین و در نتیجه عوارض قلبی در او جلوگیری می‌کند.

مهم‌ترین عارضه‌ی هیدروکسی کلروکین مسمومیت شبکیه است، پس باید علاوه بر معاینه‌ی اولیه چشم پزشکی، هر ۵ سال یک بار از نظر شبکیه و میدان دید بیمار را ویزیت کنیم.

۳. **داروهای سرکوبگر ایمنی** مثل آزاتیوپرین، متوتروکسات، لفلونوماید و مایکوفنولات موفتیل که به خوبی علائم پوستی عضلانی و نفریت لوپس را کنترل می‌کنند. آزاتیوپرین در این بین، ایمن‌ترین است.

۴. **سیکلوفسفامید** به علت سمیت شدید، فقط در صورت بروز عوارض کشنده‌ی لوپوس استفاده می‌شود.

۵. **بلیموماب** به عنوان ایمونومدولاتورهای بیولوژیک که با مهار و اثر روی سلول‌های B لوپوس را کنترل می‌کنند.

۱۰ بیمار خانم ۲۵ ساله با شکایت زخم‌های دهانی بدون درد و آرتریت مچ دست مراجعه کرده است. در آزمایشات انجام شده ANA=+, PLT=70000, WBC=4500, Anti SM=+ دارد. بیمار چند معیار تشخیصی لوپوس را دارد؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴- قطبی)

الف) ۵ معیار
ب) ۴ معیار
ج) ۳ معیار
د) ۶ معیار

۱۱ کدامیک از داروهای زیر در درمان لوپوس اریتماتوز سیستمیک بدون عارضه از اهمیت بیشتری برخوردار است؟ (پره‌انترنی اردیبهشت ۹۷- میان‌دوره کشوری)

الف) هیدروکسی کلروکین
ب) سولفاسالازین
ج) متوترکسات
د) آزاتیوپرین

سؤال	۱۰	۱۱		
پاسخ	ب	الف		

۱۲ خانم ۲۵ ساله‌ای مبتلا به آرتریت ناشی از SLE در ماه چهارم بارداری است. در این بیمار کدام دارو منع مصرف دارد؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷- قطبی)

الف) هیدروکسی کلروکین

ب) پردنیزولون

ج) متوتروکسات

د) آزاتیوپرین

پاسخ دو تا سوال ازت دارم:

☝ تجویز کدام داروهای لوپوس در بارداری مجاز است؟ گلوکوکورتیکوئید، هیدروکسی‌کلروکین و آزاتیوپرین. NSIAD هم در تریمستر سوم ممنوع است. باقی داروها تراتوژن بوده و باید ۳ تا ۶ ماه قبل بارداری قطع شوند.

✌ تجویز کدام داروهای لوپوس در شیردهی مجاز است؟ گلوکوکورتیکوئید، هیدروکسی‌کلروکین، NSAID، آزاتیوپرین و متوتروکسات. باقی داروها باید در شیردهی قطع شوند.

بریم سراغ سوال‌های جدید

۱۳ خانم ۳۰ ساله که مبتلا به لوپوس می‌باشد، قصد بارداری دارد. قبل از اقدام به بارداری انجام کدام مجموعه آزمایشات زیر بیش‌تر ضرورت دارد؟ (پره‌انترنی آبان ۱۴۰۰- میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) Anti-Ro / ANA

ب) ANA / Anti-dsDNA

ج) Anti-phospholipid Ab / U1-RNP

د) Anti-SSA / Anti-phospholipid Ab

پاسخ قبل از بارداری در خانم مبتلا به لوپوس این سه تا آنتی‌بادی رو چک کن: SSA (آنتی RO)، SSB (آنتی La)، آنتی‌فسفولیپید.

ایستگاه دستیاری

D1 خانم ۳۰ ساله با سابقه SLE از ۳ سال قبل، تمایل به باردار شدن دارد. وی تاکنون باردار نشده است. از ۶ ماه قبل علائم بالینی و آزمایشگاهی وی طبیعی است. برای غربالگری بارداری پرخطر کدام‌یک از بررسی‌های سرولوژیک زیر مهم‌تر است؟ (دستیاری اردیبهشت ۱۴۰۱)

الف) Anti- Sm

ب) FANA

ج) Anti- RO

د) Anti- U1-RNP

پاسخ هر چقدر از اهمیت این نکته بگم، کم گفتم! برگرد همون جواب بالایی رو بخون.

هیچ موجود زنده‌ای، تا زمانی که با مرگ از نزدیک روبه‌رو نشده، تا زمانی که مرگ از کنار گوشش نگذشته، نمی‌تواند خوشبختی زنده بودن را درک کند.

دانه زیر برف

اینیاتسیو سیلونه

سؤال	۱۲	۱۳	D1
پاسخ	ج	د	ج

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
سندرم آنتی‌بادی آنتی‌فسفولیپید (APS)	غیر مهم	۰

پاسخ علائم بالینی APS

علائم و عوارض سندرم آنتی‌فسفولیپید بیشتر مربوط به ترومبوز وریدی و شریانی و عوارض آن در بارداری است.

- **ترومبوز شریانی و وریدی** شایع‌ترین محل ترومبوز شریانی در CNS و ترومبوز وریدی در اندام تحتانی است. ممکن است پارزی دست و پا دیده شود.
- **آمبولی ریوی**
- **پاسخ لیودورتیکولاریس و ترومبوفلبیت اندام**؛ لیودورتیکولاریس به شکل ضایعات پوستی رتیکولار به رنگ آبی یا بنفش در ساق پا و ... دیده می‌شود.
- **عوارض حاملگی** سقط مکرر (به خصوص قبل از هفته ۱۰)، نارسایی جنین، پره‌اکلامپسی و اکلامپسی.
- **ضخیم شدن دریچه قلبی** (اندوکاردیت لیمن ساکس)
- **نارسایی کلیوی و گاهی کبدی**
- **ترومبوسیتوپنی**
- **انفارکت بستر ناخن، نکروز و گانگرن**
- **آنمی همولیتیک اتوایمیون**

پاسخ تشخیص APS

برای زدن انگ APS باید همزمان حداقل یک معیار آزمایشگاهی مثبت (در حداقل دو آزمایش با فاصله ۱۲ هفته) + یک معیار بالینی داشته باشیم.

معیارهای آزمایشگاهی

- لوپوس آنتی‌کوآگولان (LAC)
- آنتی کاردیولیپین
- آنتی‌بادی ضد بتا دو گلیکوپروتئین I (Anti β2-GP1)

معیارهای بالینی

- ترومبوز شریانی یا وریدی در هر ارگان یا بافت که به وسیله ی تصویربرداری یا سایر روش‌ها اثبات شود.
- عوارض حاملگی از جمله موارد زیر:

۱. حداقل سه مورد سقط خودبخودی جنین قبل از هفته ۱۰
۲. مرگ حداقل یک جنین نرمال در هفته ۱۰ بارداری یا بعد از آن
۳. تولد حداقل یک نوزاد نارس قبل از هفته ۳۴

---

۱) شایع‌ترین محل ترومبوز شریانی در سندرم آنتی‌فسفولیپید کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳ - قطبی)

الف) کلیه
ب) مغز
ج) عروق کرونر
د) آئورت

۲) خانم ۲۵ ساله مجرد به دلیل ضایعات پوستی به شما مراجعه نموده است.در تاریخچه سابقه‌ی هیچ مشکلی را نداشته و در حال حاضر دارویی مصرف نمی‌کند. در معاینه Livedo Reticularis روی هر دو دست، ساعد و ساق هر دو پا مشاهده می‌نمایید. در بررسی‌های به عمل آمده:

Hb:12.5, WBC:5500, Plt.:65000, ESR:25, CRP:Neg
ANA:Neg, U/A: Nl, Anti-β2, GPI: 30 (normal : < 20)

کدامیک از تشخیص‌های زیر محتمل‌تر است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳ - قطبی)

الف) لوپوس سیستمیک اریتماتو
ب) سندرم شوگرن
ج) سندرم آنتی‌فسفولیپید آنتی‌بادی
د) سندرم اوانس (Evans)

۳) براساس معیارهای طبقه‌بندی سندرم آنتی‌فسفولیپید در کدامیک از موارد زیر تشخیص قطعی است؟ (پره‌انترنی اردیبهشت ۹۷ - میاندوره‌ی کشوری)

الف) سابقه‌ی یک بار ترومبوفلبیت + وجود ضد انعقاد لوپوسی یکبار
ب) سابقه‌ی سه بار سقط قبل از هفته‌ی ۱۰ + آنتی‌بادی ضد کاردیولیپین با تیتر بالا یکبار
ج) سابقه‌ی یک بار زایمان زودرس بعلت اکلامپسی در ۳۱ هفتگی + آنتی‌بادی ضد بتادوگلیکوپروتئین ۱ یکبار
د) سابقه‌ی یکبار ترومبوز شریانی + وجود ضد انعقاد لوپوسی دو بار به فاصله‌ی ۱۳ هفته

سؤال	۱	۲	۳
پاسخ	ب	ج	د

۴ خانم ۲۵ ساله‌ای با سابقه یک بار مرده‌زایی، در هفته‌ی ۱۲ بارداری به دلیل قصد حاملگی مجدد جهت مشاوره ارجاع شده است. آنتی‌بادی ضد آنتی‌کاردیولیپین در چند نوبت جداگانه و به فواصل چند ماه مثبت بوده است. کدام گزینه انتخاب مناسب برای دوران بارداری است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴- قطبی)

الف) پردنیزولون + هپارین

ب) هپارین + آسپرین

ج) هپارین + آسپرین + پردنیزولون

د) پردنیزولون + آسپرین

پاسخ درمان APS

درمان سندرم آنتی‌فسفولیپید در جهت کاهش ترومبوز و عوارضش در حاملگی است. پس بر حسب پروفایل بیمار باید درمان مناسب را انتخاب کنیم:

۱. در بیمار با سابقه‌ی ترومبوز ☜ تا پایان عمر وارفارین تجویز می‌کنیم. هدف، حفظ INR در حد ۲ تا ۳ در ترومبوز وریدی و ۳ تا ۴ در ترومبوز شریانی است.

۲. در خانم باردار با سابقه قبلی عوارض مامایی (مثل سقط، مرده زایی و غیره) ☜ ترکیب «هپارین با دوز پروفیلاکسی + آسپرین با دوز کم» تجویز می‌کنیم.

۳. در خانم باردار اگر با وجود درمان و پروفیلاکسی مناسب، باز هم عوارض مامایی داشتیم ☜ باید هپارین رو این دفعه با دوز درمانی بدیم یا یک از دو ترکیب پایین رو تجویز کنیم:

☝ هیدروکسی کلروکین

✌ ایمنوگلوبولین وریدی (IVIG)

۴. در بیمار مبتلا به نوع شدید APS و ترومبوز ☜ باید درمان ترکیبی با گلوکوکورتیکوئید، هپارین، تعویض پلاسما یا IVIG بدیم. اگر مقاوم به درمان بود، هم از ریتوکسی‌ماب و اکولیزوماب استفاده کنیم.

ایستگاه دستیاری

D1 خانم ۳۵ ساله مبتلا به سندرم آنتی فسفولیپید، در پی جراحی و بستری به مدت یک هفته دچار DVT شده است. بیمار تحت درمان هپارین و وارفارین قرار گرفته است. تجویز وارفارین تا چه زمانی ادامه می‌یابد؟ (دستیاری مرداد ۹۹)

الف) سه ماه

ب) شش ماه

ج) دو سال

د) مادام‌العمر

پاسخ همین بالا، گفتم در فرد مبتلا به APS با سابقه‌ی ترومبوز باید بیمار را تا آخر عمر تحت درمان با وارفارین قرار دهیم.

همان لحظه بود که عاشقش شدم، قسم می‌خورم!

با این همه خوب می‌دانم اگر در دانشکده‌ی دیگری درس می‌خواندم، عاشق کس دیگری می‌شدم!

یا اگر دویست سال قبل به دنیا آمده بودم، با همین توان و رغبت، عاشق زنی دیگر با اسمی دیگر.... مه لقا مثلاً!

خودم را این طور قانع کرده‌ام که افسانه تنها یکی از آن هزاران معشوقه‌های بالقوه‌ای بود که می‌توانستم به آن‌ها عشق بورزم...

دلیل روشنی ندارم اما فکر می‌کنم بین این افسانه‌ها باید چیزهای مشترکی باشد، دقیقاً نمی‌دانم چه چیزهایی، شاید شباهت انگشتانشان!

افسانه هم همینطور، او هم از میان هزاران امکان، از میان هزاران ابراهیم، من را انتخاب کرد....

این یکی از آن هزاران چیزهای عوضی دنیا است که من هرگز نخواهم فهمید، هرگز....

مصطفی مستور

سؤال	۴	D1
پاسخ	ب	د

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
اسکلرودرمی	مهم	۴

اسکلرودرمی نوعی بیماری مولتی سیستم اتوایمیون است که دو فرم لوکال و سیستمیک دارد؛ فرم لوکال فقط پوست را می‌گیرد و به احشای دیگر کاری ندارد. اسکلرودرمی سیستمیک بر اساس درگیری پوستی به دو دسته تقسیم می‌شود:

Limited (محدود) ← درگیری پوست نواحی صورت و دیستال اندام‌ها (پایین آرنج یا پایین زانو).

Diffuse (منتشر) ← درگیری پوست صورت و نواحی دیستال و پروگزیمال (مثل ناحیه‌ی فوقانی بازو، ران‌ها و تنه).

در فرم نادر sin– scleroderma ضخیم‌شدگی پوستی وجود ندارد و فقط یک یا چند تظاهر تیپیک اسکلرودرمی مثل تلانژکتازی، رینود یا فیبروز ریه دیده می‌شود.

پاسخ تظاهرات اسکلرودرمی

۱. **علائم پوستی** در اسکلرودرمی شامل ضخیم شدن و کلسینوز پوستی (رسوب کلسیم در بافت عمقی)، تورم انگشتان و تلانژکتازی است.

تلانژکتازی یعنی اتساع عروق و عروق نامنظم رو در صورت، نوک انگشتان، بستر ناخن، لب و مخاط دهان می‌بینیم.

۲. **درگیری عروق محیطی** در اسکلرودرمی شامل پدیده‌ی رینود و زخم نوک انگشتان به شکل Pitting و فررفته است.

پدیده‌ی رینود شایع‌ترین تظاهر اسکلرودرمی است که با تغییر رنگ پوست نسبت به سرما مشخص می‌شود؛ این تغییر رنگ در سه مرحله و به ترتیب سفید و رنگ‌پریده (pallor)، آبی (سیانوتیک به علت وازواسپاسم) و قرمز (پرخونی واکنشی) ایجاد می‌شود. در رینود شدید، زخم، گانگرن و از بین رفتن نوک انگشتان هم دیده می‌شود.

با کمک کاپیلروسکوپی می‌توان تغییرات عروقی را بررسی کرد.

پاسخ درمان رینود

بلوک‌کننده‌های کانال کلسیمی (CCB) مثل نیفدیپین و آملودیپین، می‌توانند پدیده‌ی رینود را کنترل کنند. علاوه بر این داروی بوستنان (Bosentan) و نیتروگلیسیرین موضعی از تشکیل زخم‌های جدید جلوگیری می‌کند.

۱ خانم ۴۵ ساله‌ای با شرح حال از تغییر رنگ انگشتان دست در مواجهه با سرما و تورم اخیر دست‌ها مراجعه کرده‌اند. در بررسی اولیه ریه، قلب، کبد و تیروئید نرمال است. کدام اقدام زیر در جهت تشخیص کمک کننده می‌باشد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطبی)

الف) کاپیلروسکوپی
ب) HRCT ریه
ج) آنژیوگرافی عروق دست
د) MRI دست

۲ در بیمار مبتلا به اسکلرودرمی، تجویز کدام دارو خطر پیدایش زخم‌های جدید انگشتان را کاهش می‌دهد؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴- قطبی)

الف) نیفدیپین
ب) لوزارتان
ج) کاپتوپریل
د) بوستنان

سؤال	۱	۲		
پاسخ	الف	د		

۳ خانم 20yr / رنگ‌پریدگی انگشتان دست‌ها در تماس با هوای سرد/ دارای اسکار فرورفته در نوک تعدادی از انگشتان/ در کاپیلاروسکوپی؛ اشباع عروق مویرگی قاعده‌ی ناخن‌ها/ کدام مورد در این بیمار در افتراق رینود اولیه از ثانویه کمک نمی‌کند؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطبی)

الف) سن بیمار
ب) اسکار نوک انگشتان
ج) ANA مثبت
د) اتساع عروق قاعده‌ی ناخن

۴ خانم ۲۶ ساله با سابقه رینود از ۴ سال قبل به دلیل تنگی نفس مراجعه کرده است. سفتی پوست انگشتان و دست‌ها تا آرنج و پوست صورت دارد. در نواحی نوک انگشتان اولسر Pitting وجود دارد. در اکوکاردیوگرافی افزایش فشارخون ریوی گزارش شده است. عکس ریه طبیعی است. در آزمایشات ANA مثبت است. کدام بیماری مطرح است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۹- مشترک کشوری)

الف) Morphea
ب) Scleroderma
ج) Systemic Sclerosis
د) Scleromyxedema

پاسخ افتراق رینود اولیه از ثانویه (بیماری رینود)

رینود ثانویه که ما تا الان درموردش صحبت می‌کردیم (مثلاً ناشی از اسکلرودرمی) چند ویژگی داره که در رینود اولیه دیده نمیشه:

- ANA مثبت
- اولسر و نکروز نوک انگشتان
- وقوع در سن بالای ۳۰ سال
- تلانژکتازی مویرگ‌های قاعده ناخن
- سابقه‌ی خانوادگی منفی

پاسخ ۳. درگیری ریه

بیماری بینابینی ریه (ILD) و پولمونری هایپرتانسیون شایع‌ترین تظاهر ریوی اسکلرودرمی هستند که ویژگی‌های هر کدام را می‌بینیم:

بیماری بینابینی ریه (ILD)

- سرفه‌های خشک و تنگی نفس تدریجی
- کاهش FVC در اسپیرومتری
- درگیری اینترستیشیوم ریه در CXR
- فیبروز ریوی در HRCT
- Anti-Scl 70 مثبت که خطر ILD را بیشتر می‌کند؛ بنابراین در اسکلرودرمی (به خصوص فرم منتشر) حتماً این آنتی‌بادی رو چک می‌کنیم.

پولمونری هایپرتانسیون (PAH)

- تنگی نفس و ادم اندام تحتانی
- FVC نرمال
- کاهش DLCO
- ضخیم‌شدگی لایه‌ی اینتیمای شریان پولمونری
- آنتی‌بادی Anti Centromer مثبت که خطر PAH را بالا می‌برد و در اسکلروز سیستمیک (فرم limited) بیشتر دیده می‌شود.

پس این مریض رو به عنوان کیس تیپیک اسکلروز سیستمیک اونم از نوع محدود یاد بگیر.

سؤال	۳	۴		
پاسخ	الف	ج		

پاسخ پس برای بررسی ریوی در بیمار مبتلا به اسکلرودرمی چه مواردی را درخواست می‌کنیم؟

۱. اسپیرومتری

۲. CT-scan ریه

۳. آنتی‌بادی‌های Anti-Scl 70 و آنتی‌سانترومر

در درمان بیماری بینابینی ریه (ILD) داروی‌های مایکوفنولات موفتیل (کم کردن سرعت کاهش عملکرد ریه)، ریتوکسی‌ماب (جلوگیری از پیشرفت فیبروز ریه) سیکلوفسفاماید (عوارض بیشتر) و در نهایت پیوند ریه موثر است.

پاسخ ۴. **بحران کلیوی اسکلرودرمی** تقریباً فقط در اسکلرودرمی منتشر دیده می‌شود. درگیری کلیوی در اسکلرودرمی با افزایش ناگهانی فشار خون و نارسایی کلیوی پیش‌رونده مشخص می‌شود. پس شواهدی مثل افزایش کراتینین سرم، پروتئینوری، هماچوری، الیگوری و گاهی آنمی همولیتیک میکروآنژیوپاتیک و ترومبوسیتوپنی می‌بینیم. آنتی بادی Anti-RNA polymerase III خطر کریز کلیوی را افزایش می‌دهد.

به غیر از موارد بالا چیا ما رو به کریز کلیوی مشکوک می‌کنه؟

- وجود صدای مالشی تاندون یا friction rub
- کریز کلیوی که بیشتر در مراحل اولیه بیماری (اولین سال‌ها) ایجاد میشه.
- وجود آنمی جدید یا علائمی مثل سردرد، پریکاردیال افیوژن، CHF

پاسخ **درمان کریز کلیوی**

سناریو کریز کلیوی، بیماری مبتلا به اسکلرودرمی است که با فشار خون بالا و الیگوری میاد. خط اول کنترل کریز کلیوی داروهای ACEI مثل کاپتوپریل است. به عنوان خط دوم کلسیم چنل بلاکر مثل آملودیپین تجویز می‌کنیم. هدف، حفظ فشارخون در حد ۱۲۵/۷۵ است.

یادت باشه بتابلوکر (مثل متورال) به علت تشدید پدیده‌ی رینود در کریز کلیوی کنتراندیکاسیون نسبی دارد.

۵. **تظاهرات گوارشی** اسکلرودرمی میتونه از دهان تا رکتوم رو شامل بشه مثل دیسفاژی، رفلاکس، نفخ، اسهال، انسداد کاذب، پرفوریشن، یبوست، دیورتیکول با دهانه‌ی گشاد در روده (بطری شکل)، پرولاپس رکتوم، شل شدن اسفنکتر داخلی و بی‌اختیاری مدفوع.

۶. **تظاهرات قلبی** مثل میوکاردیت و پریکاردیت، فیبروز میوکارد و فیبروز سیستم هدایتی که باعث آریتمی و نارسایی قلبی می‌شود.

۷. **تظاهرات اسکلتی عضلانی**

- فیبروز تاندون‌ها و ایجاد صدای مالشی تاندون (friction rub) که در فرم اسکلروز سیستمیک خیلی شایع است.
- آتروفی و فیبروز عضلات اسکلتی (مشابه پلی‌میوزیت)
- ضعف غیرپیشرونده عضلات پروگزیمال
- فیبروز سینوویوم و گاهی آرتروپاتی تخریبی. همگی باعث محدودیت خم کردن انگشتان می‌شود.

۵ خانم ۴۵ ساله با سابقه‌ی رینود و سفتی پوست منتشر از سه سال قبل با شکایت تنگی نفس به درمانگاه مراجعه کرده است. در بررسی تنگی نفس کدام اقدام زیر کمک کمتری می‌کند؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷- قطبی)

الف) اسپیرومتری
ب) اکوکاردیوگرافی
ج) کاپیلوروسکوپی
د) سی‌تی‌اسکن ریه

۶ خانم ۳۴ ساله با سابقه‌ی اسکلرودرمی منتشر از یکسال قبل و فریکشن راب تاندونی قابل لمس و فشار خون بالا مراجعه کرده است. در آزمایشات بیمار پروتئینوری و هماچوری وجود دارد.

LDH=1120, Hb=7.5, Cr=2/2, PLT=55000,
Retic Count=8%

برای بیمار فوق چه تشخیصی مطرح می‌شود؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطبی)

الف) گلومرولونفریت سریعاً پیشرونده (RPGN)
ب) آنمی همولیتیک
ج) پورپورای ترومبوتیک ترومبوسیتوپنیک (TTP)
د) کریز کلیوی اسکلرودرمی

۷ خانم ۴۰ ساله با سابقه‌ی اسکلرودرمی با فشار خون ۱۵۰/۹۰ میلی‌متر جیوه مراجعه کرده است. کدامیک از موارد زیر جهت درمان، منع مصرف دارد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطبی)

الف) کاپتوپریل
ب) متورال
ج) آمیلودیپین
د) لوزارتان

سؤال	۵	۶	۷
پاسخ	ج	د	ب

۸ در بیماران دچار اسکلروز سیستمیک کدام یافته بیشتر به نفع فرم منتشر (Diffuse) بیماری است؟ (پرەانترنی شهریور ۹۳- قطبی)
الف) افزایش فشار شریان پولمونر
ب) کلسینوز نواحی اکستانسور
ج) تلانژکتازی صورت
د) Friction rub تاندونی

پاسخ تفاوت‌های اسکلرودرمی محدود و منتشر چیه؟

ویژگی‌های اسکلرودرمی محدود (limited)

- سندرم CREST شامل کلسینوز، رینود، ازوفاگوس (مری) و اختلالات آن، اسکلروداکتیلی (سفتی پوست انگشتان) و تلانژکتازی.
- پولمونری هایپرتنشن و Anti centromere AB هم در فرم محدود شایع ترند.

ویژگی‌های اسکلرودرمی منتشر (Diffuse)

- صدای مالشی تاندون یا friction rub
- درگیری کلیه، پارانشیم ریه (ILD)، قلب و روده
- آنتی بادی‌های Anti SCL 70 و Anti-RNA polymerase III

جمع‌بندی آنتی‌بادی‌های مهم تو اسکلرودرمی هم پایین ببین

- Anti centromere AB ← افزایش خطر PAH و در فرم محدود شایع‌تر
- Anti SCL70 ← افزایش خطر بیماری بینابینی ریه (ILD) و در فرم منتشر شایع‌تر
- Anti-RNA polymerase III ← افزایش خطر کریز کلیوی و در فرم منتشر شایع‌تر

بریم سراغ سوال‌های جدید

۹ بیمار خانم ۳۸ ساله مبتلا به اسکلرودرمی از نوع DIFFUSE می‌باشد. کدامیک از عوارض زیر با مورتالیتی بیشتری در این بیمار همراه است؟ (پرەانترنی خرداد ۱۴۰۰- مشترک کشوری)
الف) ضایعه ریوی
ب) مشکلات قلبی
ج) نارسایی کلیوی
د) مشکلات گوارشی

پاسخ **پروگنوز اسکلرودرمی**

پروگنوز اسکلرودرمی، به وسعت درگیری پوستی ارتباط دارد. سه علت اصلی مرگ در بیمار اسکلرودرمی منتشر عبارت است از:

۱. درگیری ریوی از جمله فیبروز ریوی و PAH: در اسکلرودرمی، ریه‌ی خراب بیش‌ترین آمار کشته‌ها را دارد.

۲. درگیری گوارشی

۳. درگیری قلبی

۱۰ خانم ۴۵ ساله به علت درد مفاصل انگشتان و مچ دست از ۶ ماه قبل آمده. در معاینه: سفتی پوست اندام و صورت و سه عدد pitting اولسر در نوک انگشتان دست دارد. در این بیمار احتمال وجود کدام‌یک از یافته‌های بالینی زیر بیشتر است؟ (پرەانترنی اسفند ۱۴۰۰- مشترک کشوری)
الف) افزایش فشار شریان ریه
ب) ریفلاکس مری به معده
ج) فنومن رینود
د) تلانژکتازی

پاسخ پوست سفت و ضخیم در کنار زخم نوک انگشت و درد مفاصل دیستال به نفع اسکلرودرمی است. گفتم شایع‌ترین تظاهر اسکلرودرمی در کل چیه؟ پدیده‌ی رینود ☺.

برگرد جواب ۱ رو بخون.

سؤال	۸	۹	۱۰
پاسخ	د	الف	ج

ایستگاه دستیاری

D1 خانم ۳۵ ساله مورد اسکلرودرمی به علت تنگی نفس، افزایش فشار خون و آنمی ارجاع شده است. در بررسی‌های انجام شده، افزایش کراتی‌نین سرم و آنمی همولیتیک تایید شده است. مناسب‌ترین اقدام درمانی کدام است؟ (دستیاری تیر ۱۴۰۰)

الف) پالس کورتیکواستروئید

ب) آمپول سیکلوفسفامید

ج) قرص پروپرانولول

د) قرص کاپتوپریل

پاسخ هر وقت در بیمار مبتلا به اسکلرودرمی شواهد نارسایی کلیه از جمله افزایش کراتینین و آنمی همولیتیک با هماچوری و غیره دیدی به کریز کلیوی اسکلرودرمی فکر کن. بهترین درمان بحران کلیوی، بستری کردن و شروع داروهای ضد فشارخون ACEI مثل کاپتوپریل و یا ARB است. یادت باشه بتابلاکر مثل پروپرانولول ممنوع است. برگرد جواب ۶ و ۷ رو بخون.

من بسیار به شانس و اقبال عقیده دارم!

و متوجه شده‌ام هر چه بیش‌تر پشتکار و تلاش کنم

بیش‌تر شانس می‌آورم!

استفان لیکاک

سؤال	D1			
پاسخ	د			

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها	خیلی مهم	۱۱

۱ در مورد اسپوندیلیت انکیلوزان همه موارد زیر صحیح است، به‌جز: (پره‌انترنی دی ۹۹- میاندوره‌ی کشوری)

الف) یووئیت قدامی یکی از تظاهرات خارج مفصلی شایع به ویژه در افراد با HLAB27 مثبت می‌باشد.

ب) اولیگوآرتریت محیطی، انتزیت و داکتیلیت در زن‌ها شایع‌تر است.

ج) درد کمر در این افراد صبح‌ها بیشتر بوده و گاهی بیمار را از خواب بیدار می‌کند.

د) سبب اولیگوآرتریت قرینه در اندام‌های فوقانی می‌شود.

پاسخ اسپوندیلوآرتروپاتی شامل پنج دسته بیماری است:

۱. اسپوندیلیت انکیلوزان
۲. آرتریت واکنشی (سندرم رایتر)
۳. آرتروپاتی پسوریاتیک
۴. آرتروپاتی انتروپاتیک
۵. اسپوندیلوآرتروپاتی تمایز نیافته

این اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها یک سری ویژگی‌های مشترک و مهم دارند:

- **ANA و RF منفی** ← که به همین دلیل بهشون اسپوندیلوآرتروپاتی سرونگاتیو میگن.
- **HLA-B27 مثبت** ← به خصوص در اسپوندیلیت آنکیلوزان و آرتریت واکنشی که منفی شدن آن رد کننده نیست.
- **آرتریت مفاصل محوری** مثل ساکروایلئیت و اسپوندیلیت؛ پس مهم‌ترین علامت بیمار، درد کمر و گردن التهابی است که در استراحت شروع شده، با فعالیت بهتر می‌شود و با خشکی صبحگاهی بیشتر از نیم تا یک ساعت همراهی دارد.
- **آرتریت مفاصل محیطی** ← الیگوآرتریت غیر قرینه به خصوص در اندام تحتانی، پس دال غلطه.

مزمن شدن آرتریت با HLA-B27 مرتبط است.

- **انتزیت** ← التهاب محل اتصال تاندون و ... به استخوان مثل تندرنس و درد در تاندون آشیل، آپونوروز کف پا، زوائد خاری مهره‌ها، محل اتصال دنده به استرنوم.

۲ خانم ۴۰ ساله به علت درد و تورم انگشت دوم دست راست آمده. در معاینه کل انگشت متورم، حساس و اریتماتو است و ظاهری شبیه سوسیس دارد. تمام موارد از علل شایع بروز این عارضه هستند، به‌جز: (پره‌انترنی آبان ۱۴۰۰- میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها

ب) آرتریت روماتوئید

ج) آرتریت پسوریاتیک

د) سارکوئیدوز

پاسخ **داکتیلیت** ← التهاب و تورم انگشتان (انگشت سوسیسی).

در کل داکتیلیت یا همان سوسیسی شدن انگشتان رو در این پنج بیماری می‌بینیم:

۱. اسپوندیلوآرتروپاتی (مثل آرتریت پسوریاتیک).
۲. بیماری سل
۳. سارکوئیدوز
۴. سفلیس
۵. آنمی سیکل سل. پس در آرتریت روماتوئید، داکتیلیت نمی‌بینیم.

سؤال	۱	۲
پاسخ	د	ب

پاسخ **یووئیت قدامی** به صورت حمله‌ای به خصوص در موارد HLA-B27 مثبت بروز می‌کند. بیمار با شکایت درد، قرمزی، فتوفوبی و تاری دید یک طرفه و حاد مراجعه می‌کند. در موارد شدید، باعث نابینایی می‌شود.

پاسخ **آئورتیت** التهاب آئورت صعودی که می‌تواند باعث دایسکشن آئورت و نارسایی دریچه‌ی آئورت شود. آریتمی هم از عوارض اسپوندیلوآرتروپاتی است. پریکاردیت و میوکاردیت با اسپوندیلوآرتروپاتی ارتباط ندارند.

فیبروز ریه به خصوص بخش فوقانی

پاسخ یادت باشه ندول زیر جلدی از تظاهرات نادر این اسپوندیلوآرتروپاتی است. هر وقت مرد جوانی با کمردرد یا گردن درد التهابی و سرونگاتیو دیدی به اسپوندیلوآرتروپاتی شک کن، مثل این سوال.

پاسخ هر کدوم از این علائم به خصوص کمردرد التهابی و انتزیت رو دیدی یک گرافی لگن بگیر که ساکروایلئیت رو رد یا تأیید کنی، اگر نرمال بود ولی همچنان شک داشتی، از MRI کمک بگیر.

اولین درگیری‌های مفصلی در اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها، ساکروایلئیت و اسپوندیلیت است که به ترتیب ستون فقرات لومبار، گردنی و در آخر توراسیک را می‌گیرد.

۳ در مورد یووئیت در بیماری اسپوندیلیت انکیلوزان کدام مورد غلط است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷- قطبی)

الف) اغلب دو طرفه است.
ب) می‌تواند دردناک باشد.
ج) منجر به تاری دید می‌شود.
د) در صورت عدم درمان می‌تواند منجر به نابینایی شود.

۴ در اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها، کدام درگیری قلب کمتر رخ می‌دهد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴- قطبی)

الف) آریتمی
ب) دایسکشن آئورت
ج) پریکاردیت
د) نارسایی دریچه‌ی آئورت

۵ آقای ۲۳ ساله به علت درد مفاصل اندام تحتانی از دو هفته قبل آمده. بیمار سابقه درد کمر با ماهیت التهابی را از شش ماه قبل می‌دهد. در معاینه آرتریت زانوها و مچ پای چپ و تاندینیت آشیل دارد. در آزمایشات HLA B27 مثبت و ANA و RF منفی است. احتمال بروز کدام عارضه در بیمار کمتر است؟ (پره‌انترنی شهریور ۱۴۰۰- مشترک کشوری)

الف) ساکروایلئیت
ب) یووئیت قدامی
ج) آئورتیت
د) ندول زیر جلدی

۶ مرد جوان دچار الیگوآرتریت اندام تحتانی به صورت غیر قرینه از یک ماه قبل مراجعه کرده است. در معاینه علاوه بر آرتریت، التهاب و تندرنس در تاندون آشیل راست و داکتیلیت در انگشت دوم پای چپ مشاهده می‌شود. مناسب‌ترین اقدام تشخیصی کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴- قطبی)

الف) درخواست FANA
ب) رادیوگرافی Sacroiliac
ج) رادیوگرافی از Foot
د) درخواست HLA B27

سؤال	۳	۴	۵	۶
پاسخ	الف	ج	د	ب

@MEDICA_CHANNEL

۷ بیمار مرد ۳۷ ساله‌ای است که با کمر درد التهابی مراجعه نموده است و سابقه‌ی آن را از دو سال قبل می‌دهد. در رادیوگرافی از لگن بیمار اسکلروز و erosion در مفاصل ساکروایلیاک دو طرف دارد. در مورد وی کدام گزینه صحیح است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳- قطبی آزاد)

الف) جهت تشخیص نیاز به HLA- B27 مثبت داریم.

ب) جهت تشخیص نیاز به افزایش CPR و ESR داریم.

ج) بیمار مبتلا به اسپوندیلیت انکیلوزان است.

د) MRI لگن درخواست می‌کنیم

پاسخ تغییرات استخوانی در اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها چجوریه؟

۱. ساکروایلیئیت (اسکلروز و اروژن مفاصل ساکروایلیاک) = زودرس‌ترین تغییر در این بیماری است.

۲. استخوانی شدن دیسک بین‌مهره‌ای

۳. سین‌دسموفیت و ایجاد پل استخوانی بین دو مهره، آنکیلوز مفاصل بین مهره‌ای، فیوژن مهره‌ای و ایجاد نمای بامبو (bamboo sign)

۴. اسکلروز و مربعی‌شدن body مهره

۵. درگیری مفاصل کوستوورتبرال که باعث محدودیت حرکات قفسه‌ی سینه و تنفس می‌شود.

این ویژگی‌هایی که گفتیم بیشترشون در اسپوندیلیت آنکیلوزان (AS) دیده میشن، پس بریم سراغ بقیه.

۸ مرد جوانی با کونژنکتیویت و الیگوآرتریت اندام تحتانی مراجعه کرده است. دردهای بیمار صبح بیشتر بوده و خشکی صبحگاهی ۲ ساعت دارد. در معاینه تورم تاندون آشیل دارد. سه هفته قبل سابقه عفونت ادراری دارد. آفت دهان و ضایعه پوستی را ذکر نمی‌کند. کدام تشخیص بیشتر مطرح است؟ (پره‌انترنی دی ۹۹- میاندوره‌ی کشوری)

الف) آرتریت روماتوئید

ب) سندرم رایتر

ج) اسپوندیلیت آنکیلوزان

د) Still بالغین

پاسخ آرتریت راکتیو (سندرم رایتر)

آرتریت راکتیو یا واکنشی در واکنش به اورتریت کلامیدیایی و یا اسهال عفونی ایجاد میشه در نتیجه باید حتماً به شرح‌حال اسهال و رابطه جنسی اخیر بیمار دقت کنی. سناریوی آرتریت واکنشی، بیماری با شرح حال آرتریت محیطی غیرقرینه و اضافه شونده در کنار این دو کلید تشخیصی خاص است:

☝ سابقه‌ی اسهال خونی و اورتریت در ۱ تا ۴ هفته‌ی اخیر

✌ انتزیت و تندرنس به خصوص در محل اتصال تاندون آشیل و تاندون کف پایی پلانتار.

علاوه بر این، ۵ ویژگی زیر هم به نفع آرتریت واکنشی است:

۱. کونژکتیویت به صورت قرمزی چشم

۲. زخم دهانی

۳. ضخیم شدن ناخن بدون فرورفتگی (Non Pitting)

۴. بالانیت حلقوی: راش روی پنیس

۵. کراتودرما بلنوراژیکوم: راش کف دست و پا

آرتریت واکنشی حاد، معمولاً خود محدود شونده است، فقط برای کنترلش به چهار نکته‌ی زیر دقت کن:

۱. برای کنترل علائم مفصلی می‌تونیم از NSAID و تزریق داخل مفصلی گلوکوکورتیکوئید استفاده کنیم.

۲. در این بیماری باید کلامیدیا تراکوماتیس و بیماری‌های مقاربتی رو در بیمار و شریک جنسیش بررسی و درمان کنیم.

۳. در درمان آرتریت واکنشی ناشی از دیسانتری، آنتی‌بیوتیک طولانی مدت، موثر نیست.

۴. اگر آرتریت واکنشی مزمن همراه با اسپوندیلیت بود، باید مثل سایر اشکال اسپوندیلیت درمان شود.

سؤال	۷	۸			
پاسخ	ج	ب			

پاسخ آرتریت پسوریاتیک

آرتریت پسوریاتیک همونطوری که حدس زدی میتونه با بیماری پوستی پسوریازیس همراه باشه. کیس تیپیکش خانمی با درد و تورم مفاصل بزرگ اندام تحتانی و درگیری مفاصل بند دیستال انگشتان دست به همراه فرورفتگی ناخن‌ها (Pitting) است. پس علاوه بر اون چیزایی که اول فصل گفتیم، موارد پایین هم کنار اسم آرتریت پسوریاتیک تو ذهنت ثبت کن:

- الیگوآرتریت غیرقرینه‌ی مفاصل کوچک و بزرگ اندام تحتانی. مثلا مچ پا و زانو
- آرتریت موتیلان یا خورنده به خصوص در بند دیستال انگشت که باعث کج و معوج شدن انگشت و نمای pencil in cup میشه.
- پلی‌آرتریت قرینه مفاصل کوچک مثل آرتریت روماتوئید
- اسپوندیلوآرتروپاتی
- اسید اوریک بالای خون (به دلیل افزایش متابولیسم سلولی)

مبتلایان به ایدز اگر به آرتریت پسوریاتیک مبتلا بشن، نوع شدیدش رو می‌گیرن.

آرتریت انتروپاتیک (IBD) در مبتلایان به بیماری التهابی روده (کرون و کولیت اولسروز) به صورت اپیزودیک ایجاد می‌شود.

پاسخ درمان اسپوندیلوآرتروپاتی‌ها در مرحله‌ی اول فیزیوتراپی و NSAID مثل ایندومتاسین است، که اگر جواب نداد به عنوان خط دوم، داروی‌های ضد TNF-α مثل اینفلیکسی‌ماب یا اتانرسپت شروع می‌کنیم.

کورتون سیستمیک در کنترل علایم مفصلی این بیماری جایگاهی ندارد ولی تزریق کورتون داخل مفصلی میتواند علایم را کاهش دهد.

داروهای سرکوب‌کننده‌ی ایمنی مثل سولفاسالازین یا متوتروکسات روی اسپوندیلوآرتریت محوری یعنی کمر درد هیـــچ تأثیری نداشته و فقط به بهبود آرتریت محیطی کمک می‌کنند. پس اگر بیماری روی درمان آرتریت محوری مثلا ایندومتاسین، دچار آرتریت محیطی شد باید سراغ سولفاسالازین و متوتروکسات بریم.

۹ خانم ۲۸ ساله‌ای که به علت درد و تورم مفاصل دست‌ها به درمانگاه مراجعه کرده است، از خشکی صبحگاهی یک ساعته نیز شکایت دارد. در معاینه مفاصل MCP،DIP،PIP دست راست و PIP دست چپ، حساسیت و تورم دارند. اکثر ناخن‌ها، حالت Pitting دارند. از نظر آزمایشگاهی RF منفی بوده ولی اسیداوریک سرم، ۸ mg/dl میلی گرم در دسی‌لیتر است. محتمل‌تر کدام است؟ (پره‌انترنی میان‌دوره‌ی آبان ۹۶- قطبی)

الف) آرتریت نقرسی
ب) آرتریت پسوریازیسی
ج) آرتریت روماتوئید
د) آرتریت راکتیو

۱۰ آقای ۳۸ ساله با شکایت درد کمر همراه با خشکی صبح‌گاهی یک ساعته از ۵ ماه قبل مراجعه کرده است. در معاینه محدودیت حرکات کمری در تمام جهات دارد. در رادیوگرافی کاهش فضای دو طرفه مفاصل ساکروایلیاک و اسکلروز ساب کوندرال دو طرفه مشهود است. اولین داروی مناسب جهت درمان کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۹- کشوری)

الف) ایندومتاسین
ب) متوتروکسات
ج) اینفلکسی‌ماب
د) سولفاسالازین

سؤال	۹	۱۰		
پاسخ	ب	الف		

بریم سراغ سوال‌های جدید

۱۱ مرد ۲۵ ساله با سابقه کمردرد از دو سال قبل آمده. بیمار از خشکی صبحگاهی دو ساعته و اختلال در خواب به علت کمر درد شکایت دارد. در ایشان وجود کدام‌یک از یافته‌های بالینی زیر کمتر محتمل است؟ (پره‌انترنی اسفند ۱۴۰۰- مشترک کشوری)

الف) استئوپوروز مهره کمر

ب) یووئیت خلفی

ج) انتزیت

د) داکتیلیت

پاسخ: سناریوی مرد جوان با کمردرد یا گردن درد التهابی به نفع اسپوندیلوآرتروپاتی است. التهابی یعنی، شب‌ها و حین استراحت شدیدتر است و خشکی صبح‌گاهی طولانی بالای یک ساعت دارد. اسپوندیلوآرتروپاتی یووئیت قدامی داشت، نه خلفی! برگرد پاسخ ۱ رو بخون.

۱۲ کدامیک از علایم بالینی زیر از تظاهرات بیماری‌های اسپوندیلوآرتروپاتی نمی‌باشد؟ (پره‌انترنی خرداد ۱۴۰۰- مشترک کشوری)

الف) کمردرد شبانه

ب) تاندینیت آشیل

ج) یووئیت قدامی

د) پلی‌آرتریت قرینه اندام تحتانی

پاسخ: در اسپوندیلوآرتروپاتی، آرتریت محوری (کمردرد و گردن درد) اصل بود، ولی به صورت فرعی الیگوآرتریت غیرقرینه هم می‌بینیم.

ایستگاه دستیاری

D1 آقای ۴۰ ساله مبتلا به اسپوندیلیت آنکیلوزان از ۶ سال قبل، که تحت درمان با ایندومتاسین ۱۵۰ میلی‌گرم روزانه بوده است، از ۲ ماه قبل دچار آرتریت مچ پای راست و زانوی چپ می‌شود. کدام دارو علاوه بر ایندومتاسین توصیه می‌شود؟ (دستیاری تیر ۱۴۰۰)

الف) پردنیزولون

ب) سولفاسالازین

ج) ناپروکسن

د) آزاتیوپرین

پاسخ: این بیمار اسپوندیلوآرتروپاتی، روی درمان ایندومتاسین (برای مفاصل محوری)، دچار آرتریت محیطی غیرقرینه شده (مچ و زانو)، پس سولفاسالازین یا MTX میدیم. برگرد پاراگراف بالا رو بخون.

D2 کدامیک از تغییرات رادیوگرافیک زیر در اسپوندیلیت انکیلوزان معمولا زودتر از بقیه اتفاق می‌افتد؟ (دستیاری اردیبهشت ۱۴۰۱)

الف) ساکروایلئیت

ب) اسیفیکاسیون آنولوس فیبروزوس

ج) مربعی شدن جسم مهره‌ها

د) آنکیلوز مفاصل آپوفیزیال

پاسخ: ساکروایلئیت (اسکلروز و اروژن مفاصل ساکروایلیاک)، زودرس‌ترین تغییر در اسپوندیلیت آنکیلوزان است. هر سه‌گزینه‌ی دیگه از تغییرات این بیماری است، برگرد بقیه رو تو سوال ۷ مرور کن.

سؤال	۱۱	۱۲	D1	D2
پاسخ	ب	د	ب	الف

D3 مرد ۲۵ ساله با درد پاشنه چپ و تورم زانوها از دو ماه قبل مراجعه کرده است. در معاینه، زانوها متورم و دردناک و تاندون آشیل چپ متورم و حساس است. وی ذکر می‌کند که یک ماه قبل، اسهال خونی به همراه کرامپ شکمی داشته است. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (دستیاری اردیبهشت ۱۴۰۱)

الف) نقرس

ب) آرتریت روماتویید

ج) آرتریت واکنشی

د) آرتریت سپتیک

پاسخ این بیمار مبتلا به آرتریت واکنشی است. سناریو کپی برابر اصل سوال ۸ نیست بنظرت؟! شبیهشه، چونه نزن! ☺ شرح حال آرتریت محیطی غیرقرینه و اضافه شونده در کنار این دو کلید تشخیصی داد میزنه آرتریت واکنشی:

۱. سابقه‌ی اسهال خونی و اورتریت در ۱ تا ۴ هفته‌ی اخیر

۲. انتزیت و تندرنس به خصوص در محل اتصال تاندون آشیل و تاندون کف پایی پلانتار

اشتباه است اگر بگویم عشق کور است! حقیقت این است که عشق نسبت به نقص‌ها و ضعف‌هایی که به خوبی می‌بیند، بی‌تفاوت است.... گاهی در وجود کسی که دوست می‌دارد چیزی می‌یابد که احساس می‌کند تعریف ناکردنی است و بیش از هر چیز دیگری اهمیت دارد...!

آندره موروا

سؤال	D3			
پاسخ	ج			

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
میوپاتی‌های التهابی	غیرمهم (از منابع جدید حذف شده است)	۴

سه میوپاتی التهابی مهم رو تو این فصل یاد می‌گیری:

- درماتومیوزیت (DM)
- پلی‌میوزیت (PM)
- میوزیت انکیلوزیون‌بادی (IBM)

پاسخ این پنج تا یک سری ویژگی‌های مشترک و اختصاصی دارن؛ مشترکاتشون رو اول بخون:

۱. ضعف عضلات مخطط

در پلی‌میوزیت و درماتومیوزیت ← به صورت قرینه و بیشتر در عضلات پروگزیمال

در میوزیت انکیلوزیون‌بادی ← به صورت غیر قرینه و بیشتر نواحی دیستال، که این درگیری دیستال و شروع شدنش از دیستال اندام وجه افتراق خیلی مهم انکلوزیون‌بادی از دوتای دیگه است. البته IBM هم دیستال و هم پروگزیمال رو می‌تواند درگیر کند.

حالا این همه دیستال پروگزیمال گفتیم، یعنی چی؟!

در ضعف پروگزیمال بیمار نمی‌تونه لباس خودش رو بپوشه، موهاش رو شانه کنه، تنهایی از صندلی بلند شه یا از پله‌ها بالا بره ولی تو راه رفتن روی زمین صاف مشکلی نداره.

در ضعف عضلات دیستال مثلاً بیمار نمی‌تونه کارهای ظریف با دست‌ها و مچ انجام بده مثل بستن دکمه‌ی لباس یا بستن بند کفش.

۲. افزایش آنزیم عضلانی کراتین کیناز

این افزایش آنزیم رو در تمام موارد نداریم، (در درماتومیوزیت و IBM، ممکن است آنزیم نرمال باشد.) با این‌حال برای تست‌های تشخیصی اولیه، آنزیم عضلانی رو درخواست می‌کنیم

۳. تغییرات نوار عصب و عضله (EMG)

۴. نکروز فیبرهای عضلانی و ارتشاح سلول‌های تک هسته‌ای (عمدتاً لنفوسیت) در بیوپسی عضله

بیوپسی عضله فقط در صورت بالا بودن CK و EMG غیر طبیعی، برای تایید تشخیص استفاده می‌شود. بیوپسی همچنین برای افتراق انواع میوپاتی هم کمک کننده است.

---

۱ در کدام بیماری احتمال درگیری عضلات دیستال بیشتر است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطبی)

الف) میوپاتی ناشی از کورتون
ب) درماتومیوزیت
ج) پلی‌میوزیت
د) میوزیت جسم انکلوزیونی

سؤال	۱				
پاسخ	د				

۵. تغییرات ایمونوپاتولوژیک

در درماتومیوزیت ← بیشتر Bcell و Tcell CD4+

در پلی‌میوزیت و میوزیت انکیلوزیون‌بادی ← بیشتر Tcell CD8+

۶. معاینات نورولوژیک و رفلکس‌های نرمال

پس چهار تست مهم می‌تونن در تشخیص میوپاتی‌ها کمک کنن:

۱. آنزیم‌های عضلانی

۲. تست تیروئید: یکی از علل شایع ضعف عضلانی در بزرگسالان میوپاتی ناشی از تیروئید است. آخر فصل میخونیمش.

۳. نوار عصب عضله

۴. در نهایت بیوپسی عضله

حالا بریم که تک‌تک بررسیشون کنیم:

پلی‌میوزیت و درماتومیوزیت

بیشتر در خانم‌ها و سنین بزرگسالی دیده می‌شوند، البته درماتومیوزیت را در سنین کودکی هم می‌توان دید. در پلی و درماتومیوزیت علاوه بر ویژگی‌های مشترک میوپاتی‌های التهابی که اول فصل گفتیم، تظاهرات دیگری هم داریم، مثل: میالژی، آرترالژی، دیزآرتری، دیسفاژی و درگیری قسمت فوقانی مری (در پلی‌میوزیت)، درگیری ریوی (مثل بیماری بینابینی ریه، تنگی نفس و ضعف تنفسی)، درگیری قلبی (میوکاردیت، آریتمی و ...)، آرتریت قرینه و غیرتخریبی و بدخیمی.

هر دو با بدخیمی همراهی دارند ولی خطر بدخیمی در درماتومیوزیت بیش‌تر است.

یادت باشه بیماری گاستروازوفاژیال رفلاکس (GERD) رو که اسفنکتر تحتانی مری رو درگیر می‌کنه در میوپاتی‌ها نمی‌بینیم.

درماتومیوزیت تظاهرات پوستی اختصاصی خود را دارد، شامل:

- علامت گوترون (Gottron sign) ← راش قرمز و اریتماتو روی سطوح اکستانسور مفاصلی مثل زانو، آرنج، مچ پا و پاپول‌های قرمز یا بنفش روی MCP و PIP
- علامت V(V-sign) ← راش قرمز روی سطوحی که در معرض آفتاب است مثل گردن و قفسه‌ی سینه.
- علامت شال ← راش قرمز روی گردن، شانه و قفسه‌ی سینه.
- راش هلیوتروپ ← راش آبی یا بنفش روی پلک‌های فوقانی و (گاهی تحتانی) همراه با ادم پری‌اوربیتال.

۲ خانم ۵۰ ساله‌ای با ضعف عضلانی از حدود ۳ ماه قبل به صورت اختلال در بالارفتن از پله‌ها و خستگی هنگام شانه کردن موها مراجعه کرده است. در سابقه هیچ بیماری قبلی از قبیل بیماری تیروئید، دیابت را ذکر نمی‌کند. آزمایشات روتین نرمال می‌باشد. کدام اقدام زیر در تشخیص بیماری ایشان ضرورت ندارد؟ (پره‌انترنی شهریور ۱۴۰۰- مشترک کشوری)

الف) بررسی آنزیم‌های عضله

ب) MRI مغزی

ج) بیوپسی عضله

د) تهیه نوار عصب – عضله EMG – NCV

۳ بیماری با عدم توانایی در بالا رفتن از پله مراجعه کرده است. سابقه‌ای از مصرف دارو نمی‌دهد. در معاینه قدرت عضلات اندام تحتانی و فوقانی سه پنجم است. قرمزی پشت پلک و ادم پره‌اوربیتال وجود دارد. همه‌ی علائم زیر با تشخیص بیمار قابل توجیه است بجز: (پره‌انترنی اسفند ۹۳- قطبی)

الف) Nasal Regurgitation

ب) Gastro esophageal reflux

ج) Arrhythmia

د) Polyarthritis

سؤال	۲	۳
پاسخ	ب	ب

۴ آقای ۶۳ ساله با سابقه ضعف عضلانی پیشرونده از ۲ سال قبل مراجعه کرده است. در معاینه قدرت عضلات دیستال و پروگزیمال اندام تحتانی و فوقانی ۴/۵ است. معاینات نورولوژیک نرمال است. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (پرەانترنی شهریور ۹۵- قطبی)

الف) درماتومیوزیت (DM)

ب) پلی‌میوزیت (PM)

ج) دیستروفی عضلانی

د) میوزیت انکلوزیون بادی (IBM) .

پاسخ میوزیت انکلوزیون بادی (IBM)

در مردان و سنین بالای ۵۰ سال شایع‌تر است. قبلاً تمام ویژگی‌های مهمش رو گفتیم. در IBM علاوه بر ضعف پیش‌رونده غیر قرینه و آتروفی عضلات مخطط، دیسفاژی هم شایع است. ولی اثری از ILD، میوکاردیت و بدخیمی نیست.

۵ خانم ۴۰ ساله‌ای با شرح حال سه ماهه ضعف پاها که هنگام بالا رفتن پله تشدید می‌شود، مراجعه کرده است. در معاینه قرمزی پلک‌ها دیده می‌شود. آزمایشات به شرح زیر است:

CPK=3000(<195) , LDH=1900(<480) ,AST=80(<30)

ALT=100(<30)

مثبت شدن کدام اتو آنتی‌بادی احتمال درگیری ریه را بیش‌تر می‌کند؟ (اصلاحی از پرەانترنی شهریور ۹۴- قطبی)

الف) Anti- Mi2

ب) Anti- SRP

ج) Anti- ds DNA

د) anti- Jol

پاسخ اتوآنتی‌بادی‌ها در میوپاتی‌های التهابی

در میوپاتی‌های التهابی اتوآنتی‌بادی‌های متنوعی داریم. سه تا رو بخون:

۱. Anti-Jo-1 (آنتی سنتتاز) ☜ در درماتومیوزیت و پلی‌میوزیت احتمال درگیری ریه به خصوص بیماری بینابینی ریه یا ILD را زیاد می‌کند. پس در این گروه تجویز متوتروکسات ممنوع است.

۲. دو گروه آنتی‌بادی در درماتو و پلی میوزیت احتمال بدخیمی را زیاد می‌کند:

☝ آنتی بادی TIF- 1 gamma

✌ آنتی‌بادی NXP-2 مثل anti- MJ

۳. آنتی‌بادی علیه سیتوپلاسمیک پنج نوکلئوتیداز 1A یا anti- CN1A به نفع میوپاتی انکلوزیون بادی است.

۶ خانم ۵۰ ساله با شکایت ضعف در بلند شدن از زمین همراه با راش بر روی صورت و دست‌ها از سه ماه قبل مراجعه کرده است. در آزمایشات CPK=4000 IU (<195) می‌باشد. تمامی موارد زیر توصیه می‌شود، بجز: (پرەانترنی اسفند ۹۹- مشترک کشوری)

الف) چک anti-CCP

ب) ماموگرافی

ج) شروع پردنیزولون

د) الکترومیوگرافی

پاسخ برخورد با درماتومیوزیت و پلی‌میوزیت

برخورد با درماتو و پلی‌میوزیت، سه جزء دارد:

☝ تشخیص ☜ استفاده از ابزارهایی مثل سطوح آنزیم عضلانی، نوار عصب - عضله (الکترومیوگرافی)، اتو آنتی‌بادی و بیوپسی عضله یا ضایعات پوستی.

✌ درمان ☜ خط اول درمان همگی، پردنیزون و گلوکوکورتیکوئید است.

👌 پیگیری ☜ تمام بیماران درماتومیوزیت (به علت خطر بیش‌تر بدخیمی) رو باید از ۴۰ سالگی به بعد از نظر بدخیمی‌هایی مثل سرطان تخمدان، پستان (با ماموگرافی)، پروستات، ریه، کولون و لنفوم غیرهوچکین بررسی کنیم.

سؤال	۴	۵	۶
پاسخ	د	د	الف

پاسخ میوپاتی‌های ناشی از بیماری‌های اندوکرین و سیستمیک

در هر بیمار بزرگسال با ضعف عضلانی باید تیروئید را ارزیابی کنیم. کم‌کاری و پرکاری تیروئید با ضعف عضلانی پروگزیمال همراه است. ولی میوپاتی ناشی از هیپوتیروئیدی علاوه بر ضعف پروگزیمال، سه ویژگی جذاب دارد:

۱. کاهش و کندی فاز استراحت و شل شدن در رفلکس‌ها. (در میوپاتی التهابی، رفلکس نرمال بود)

۲. افزایش قابل توجه سطح کراتین کیناز تا ۱۰۰ برابر

۳. بزرگی عضلات

در کل شایع‌ترین علت میوپاتی اندوکرین، مصرف اپاتروژنیک یا اگزوژن کورتیکواستروئید است. در این حالت سطح آنزیم کراتین کیناز و نوار عصب عضله نرمال است. البته در زیادی استروئید و سندرم کوشینگ، ضعف عضلانی به ندرت یک علامت بارز است.

۷ آقای ۴۰ ساله بدون بیماری زمینه‌ای، به علت احساس میالژی و ضعف در بالا رفتن از پله‌ها آمده. در معاینه، قدرت عضلات پروگزیمال اندام‌های تحتانی دو طرف کاهش یافته و رفلکس زانوها کمتر از نرمال است. در آزمایشات، افزایش قابل توجه CPK به میزان ۱۰۰ برابر نرمال دارد. کدام بیماری اندوکرین زیر بیش‌تر محتمل است؟(پره‌انترنی آبان ۱۴۰۰ - میاندوره کشوری)

الف) تیروتوکسیکوز

ب) هیپوتیروئیدی

ج) سندرم کوشینگ

د) نارسایی آدرنال

ایستگاه دستیاری

همین بالا گفتم کند بودن بازگشت رفلکس‌های وتری و بزرگ شدن عضلات در بیمار با ضعف پروگزیمال، به نفع میوپاتی ناشی از هیپوتیروئیدی است. پس باید TSH چک کنیم.

D1 خانم ۵۰ ساله به علت ناتوانی در بلند شدن از زمین و درد عضلانی، از حدود ۳ ماه قبل آمده. در معاینه قدرت عضلات پروگزیمال هر دو اندام تحتانی کاهش یافته است. عضلات قدری بزرگ شده‌اند و بازگشت رفلکس‌های وتری کند است. در آزمایشات انجام شده CK ۲۰ برابر میزان طبیعی گزارش می‌شود. کدام بررسی ارجح می‌باشد؟ (دستیاری مرداد ۹۹)

الف) ANA

ب) TSH

ج) Anti-Jo1 Ab

د) Muscle biopsy

تنها فردی که لایق عشق است کسی است که:

معنی حرف‌های نزده‌ات را بهتر از خودت بفهمد...

لئون تروتسکی

سؤال	۷	D1		
پاسخ	ب	ب		

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
واسکولیت	غیرمهم	۲

۱ کدامیک از علائم بالینی زیر در بیماران مبتلا به واسکولیت، نشان‌دهنده‌ی درگیری واسکولیتی عروق کوچک (small vessel) است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶ و ۹۷- قطبی)

الف) ندول جلدی دردناک
ب) لویدو رتیکولاریس
ج) خونریزی آلوئولی منتشر
د) مونونوریت مولتی پلکس

پاسخ: واسکولیت‌ها بر اساس اندازه‌ی عروق درگیر به سه دسته واسکولیت عروق بزرگ، متوسط و کوچک تقسیم می‌شوند که ویژگی‌های خاص خود را دارند:

۱. **واسکولیت عروق کوچک** (مثل هنوخ شوئن‌لاین و پلی‌آنژئیت میکروسکوپیک) ← پورپورا، کهیر، ضایعات وزیکوبولوس پوستی، خونریزی آلوئولی ریه (DAH)، مونونوریت مولتی پلکس، گلومرولونفریت، اسکلریت، اپی‌اسکلریت، یووئیت.

۲. **واسکولیت عروق متوسط** (مثل پلی‌آرتریت ندوزا و کاوازاکی) ← ندول‌های پوستی، زخم، لویدورتیکولاریس (ضایعات اولسراتیو روی ساق پا)، گانگرن انگشتان، مونونوریت مولتی‌پلکس چشمی، میکروآنوریسم شریان‌های مزانتریک و کلیوی.

۳. **واسکولیت عروق بزرگ** (مثل آرتریت سلول ژانت، تاکایاسو و ...) ← لنگش پا، فشار خون غیر قرینه در اندام‌ها، فقدان نبض، بروئی کاروتید، دیلاتاسیون تنگی یا آنوریسم آئورت.

علاوه بر این موارد، واسکولیت‌ها یک سری علائم عمومی مثل تب، بی‌اشتهایی، کاهش وزن، سستی، آرترالژی و میالژی دارند.

بریم سر بررسی تک‌تکشون

۲ آقای ۵۸ ساله با سردرد ۲ ماهه یک طرفه، درد و کلودیکاسیون، تندرنس ناحیه‌ی تمپورال راست و آزمایشات زیر آمده است .HB=11, WBC=12000, ESR=80, Platelet=460000: کدام اقدام در این مرحله مناسب‌تر است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطبی)

الف) انجام CT آنژیوگرافی عروق مغزی
ب) انجام MRI از سر
ج) شروع دوز بالای گلوکوکورتیکوئید و بیوپسی رگ
د) بررسی سطح cANCA و pANCA

پاسخ: **آرتریت سلول ژانت یا تمپورال (GCA)**

آرتریت تمپورال بیشتر در خانم‌های مسن و با تظاهراتی مثل سردرد مداوم، لنگش فک حین جویدن، تندرنس شریان تمپورال سطحی، افت بینایی (در صورت عدم درمان نابینایی)، خستگی، آرترالژی و ESR بالا، Alkp دیده می‌شود. تشخیص قطعی آن با کمک بیوپسی از شریان تمپورال و رؤیت سلول‌های ژانت چند هسته‌ای و سلول‌های التهابی تک‌هسته‌ای است. گلوکوکورتیکوئید همراه با آسپرین خط اول درمان آرتریت تمپورال است.

سؤال	۱	۲			
پاسخ	ج	ج			

پاسخ آرتریت تاکایاسو

آرتریت تاکایاسو یا بیماری بدون نبض (!) معمولاً در خانم‌های حدود ۳۰ سال و با تظاهرات زیر دیده می‌شود ؟

- فشار خون بالا و اختلاف فشار سیستولی بیشتر از 10 mmHg بین دو دست
- کاهش نبض براکیال یا رادیال و سمع بروئی در ساب کلاوین یا آئورت
- آنوریسم آئورت، تنگی آئورت
- لنگش اندام حین فعالیت
- درد شکم و تهوع
- سردرد، سبکی سر و درد فک و گردن
- میالژی
- آرترالژی
- هیپرتانسیون

تشخیص آرتریت تاکایاسو با کمک سی تی آنژیوگرافی و MR آنژیوگرافی است.

پاسخ پلی آرتریت ندوزا (PAN)

پلی‌آرتریت ندوزا واسکولیت عروق متوسطی است. تابلوی این بیماری آنژین روده‌ای یا درد شکمی به خصوص بعد از غذا خوردن است. ANCA در PAN، منفی است. سایر تظاهرات آن عبارت است از:

- تظاهرات عصبی مثل مونونوریت مولتی‌پلکس که با افتادگی مچ دست (شایع‌تر) و مچ پا همراه است.
- علائم پوستی مثل ندول پوستی، لیودورتیکولاریس و گانگرن انگشتان.
- تظاهرات گوارشی مثل درد شکم، همراهی با هپاتیت C و B و HIV.
- تظاهرات کلیوی مثل آنوریسم و تنگی شریان کلیوی که باعث فشار خون بالا و نارسایی کلیه (افزایش BUN و Cr) میشه. یادت باشه گلومرولونفریت و هماچوری دیس‌مورفیک نداریم.
- آنمی
- علائم عضلانی- اسکلتی مثل آرترالژی و میالژی
- علائم تناسلی مثل اورکیت حاد (التهاب بیضه)
- ESR بالا

تشخیص پلی‌آرتریت ندوزا با بیوپسی یا آنژیوگرافی عروقی و رؤیت آنوریسم دانه تسبیحی در شریان‌های کلیه، کبد و سیستم عروقی تمام احشاء است.

۳ خانم ۲۲ ساله با ضعف، بی‌حالی و کاهش وزن حدود 4 kg در یک سال گذشته، به درمانگاه مراجعه کرده است. بیمار به دنبال فعالیت دچار خستگی و ضعف شدیدی در اندام فوقانی سمت چپ می‌شود، در معاینه فشارخون دست راست 120/80 دست چپ 90/60 است. سایر معاینات نکته‌ی خاصی ندارد. در آزمایشات، ESR=65, WBC=4500, Hb=11, Plt=320000 دارد. کدام تشخیص بیشتر مطرح است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴-قطبی)

الف) واسکولیت گرانولوماتوز وگنر (GPA)
ب) آرتریت تمپورال (TA)
ج) آرتریت تاکایاسو (Takayasu Arthritis)
د) بیماری لوپوس (SLE)

۴ مرد ۴۰ ساله‌ای با ضایعات پوستی اولسراتیو در ساق پای چپ و درد شکم مراجعه کرده است. وی سابقه‌ی فشارخون داشته و در معاینه مونونوریت مولتیپلکس دارد. گرافی قفسه‌ی سینه و سدیمان ادراری نرمال است. در آزمایشات ESR بالا و آنمی دارد. کدام تشخیص صحیح است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۶- قطبی)

الف) پلی‌آنژئیت گرانولوماتو
ب) واسکولیت لوپوس
ج) پلی‌آرتریت ندوزا
د) کرایوگلوبولینمی

سؤال	۳	۴		
پاسخ	ج	ج		

واسکولیت عروق کوچک

واسکولیت عروق کوچک دو دسته می‌شود:

ANCA مثبت ← گرانولوماتوز وگنر، پلی‌آنژیت میکروسکوپیک، سندرم چرج استراس.

ANCA منفی ← پورپورای هنوخ شوئن‌لاین و ...

پاسخ گرانولوماتوز وگنر (یا گرانولوماتوز با پلی‌آنژیت: GPA)

وگنر، واسکولیت ANCA مثبت (بیشتر از نوع C-ANCA) است که با تظاهراتی مثل سینوزیت مقاوم، اوتیت مدیا، بینی زینی شکل، خونریزی بینی، ندول و کاویته‌ی ریوی، خونریزی ریوی، تنگی‌نفس، سرفه، هموپتزی، گلومرولونفریت (RBC – cast و هماچوری)، مونونوریت مولتی‌پلکس، پورپورای قابل لمس، آرترالژی و علائم قلبی همراهی دارد. بیوپسی بافت درگیر مثل ریه، کلیه، پوست، سینوس و عصب، بهترین راه تشخیص گرانولوماتوز وگنر است.

۵ خانم ۳۵ ساله با سابقه‌ی سینوزیت مکرر و دفع ترشحات خونی از بینی مراجعه نموده است. در معاینه آرتریت مفاصل کوچک انگشتان دارد. طی هفته‌ی اخیر تنگی نفس داشته و در CXR دو ندول و کاویته در ریه‌ی راست دارد. در آزمایشات WBC=10000, ESR=70, CRP(2+) , C ANCA(+) , ANA(-), PPD=5mm. محتمل‌ترین تشخیص چیست؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۳- قطبی)

الف) بیماری تاکایاسو

ب) گرانولوماتوز وگنر

ج) چرج استراس

د) پلی‌آرتریت میکروسکوپیک

پاسخ پلی آنژیت میکروسکوپیک (MPA)

پلی‌آنژیت میکروسکوپیک، واسکولیت ANCA مثبت (بیشتر از نوع P-ANCA) است که با تظاهراتی بالینی مشابه وگنر بروز می‌کند مثل گلومرولونفریت (کست گلبول سفید یا قرمز و هماچوری)، نارسایی کلیه (افزایش BUN و Cr)، سرفه، هموپتزی، تنگی نفس، خونریزی منتشر آلوئولی، مونونوریت مولتی‌پلکس و .... ولی در MPA برخلاف وگنر درگیری مجاری تنفسی فوقانی و کاویته ریوی نداریم.

۶ خانم ۳۶ ساله با شکایت تنگی نفس و هموپتیزی مراجعه کرده است. در معاینه بیمار تاکی‌کارد و تاکی‌پنه است. در سی‌تی‌اسکن ریه شواهد خون‌ریزی آلوئولی مشهود است. در آنالیز ادراری RBC- Cast دارد. تست (Anti MPO) P- ANCA با تیتر بالا مثبت است. تشخیص کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳- قطبی)

الف) پلی‌آنژیت میکروسکوپی

ب) گرانولوماتوز وگنر

ج) کرایوگلوبولینمی

د) پلی‌آرتریت ندوزا

بریم سراغ سوال‌های جدید

پاسخ پورپورای هنوخ شوئن‌لاین (HSP)

هنوخ شوئن‌لاین (واسکولیت IgA) با تظاهراتی مثل پورپورای قابل لمس در اندام تحتانی، آرتریت (به خصوص مفاصل بزرگ)، درد شکمی، خونریزی از مقعد (هماتوشزی) و درگیری کلیوی (هماچوری میکروسکوپی با یا بدون پروتئینوری) دیده می‌شود.

با شک بالینی به هنوخ باید از ضایعات پوستی و یا رنال بیوپسی بگیریم. کرایتریای تشخیصی هنوخ شامل پتشی یا پورپورا در اندام تحتانی به همراه حداقل یکی از موارد زیر است:

۱. آرتریت یا آرترالژی

۲. درد شکمی

۳. رسوب IgA در بیوپسی

۴. درگیری کلیوی

۷ آقای ۲۰ ساله بعلت درد زانوی چپ همراه با درد شکم و ضایعات پوستی آمده. در معاینه پورپورای قابل لمس در اندام‌های تحتانی تا ناحیه buttock دارد و آرتریت زانو دیده می‌شود. در بررسی‌ها لکوسیتوز دارد و آزمایش ادرار نرمال است. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (پره‌انترنی آبان ۱۴۰۰- میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) لوپوس سیستمیک

ب) گرانولوماتوز وگنر

ج) سارکوئیدوز

د) هنوخ شوئن لاین

سؤال	۵	۶	۷
پاسخ	ب	الف	د

درمان هنوخ در موارد خفیف حمایتی با مایع‌درمانی و غیره است. ولی در دو حالت باید دست به دامان داروهای سرکوب‌گر ایمنی بشیم:

۱. در صورت وجود علائم شدید گوارشی، گلوکوکورتیکوئید میدیم.

۲. در صورت وجود نارسایی شدید کلیه، داروهای ایمونوساپرسیو و یا پلاسمافرز رو توصیه می‌کنیم.

۸ خانم ۴۳ ساله به علت آرترالژی و ضایعات پورپورای قابل لمس در اندام تحتانی از سه هفته قبل آمده. او سابقه آسم از سال‌ها قبل دارد. در بررسی‌ها:

Hb: 10, WBC: 9500 (EOS: 1700), Platelet: 433000, ESR: 78, Anti MPO: Positive (high titer)

محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۱۴۰۰- مشترک کشوری)

الف) پلی‌آنژئیت میکروسکوپی (MPA)

ب) آرتریت سلول غول آسا (GCA)

ج) پلی‌آنژئیت گرانولوماتوز ائوزینوفیلیک (EGPA)

د) گرانولوماتوزیس همراه با پلی‌آنژئیت (GPA)

پاسخ **سندرم چرچ اشتراوس یا گرانولوماتوز ائوزینوفیلیک همراه با پلی آنژئیت (EPGA)**

علاوه بر ویژگی‌های واسکولیت عروق کوچک که اول فصل گفتم، در چرچ اشتراوس آسم شدید، ائوزینوفیلی (بیش از ۱۵۰۰)، درگیری سینوس، رینیت آلرژیک و پولیپ بینی می‌بینیم. این بیماری می‌تواند سیستم عصبی، کلیه، پوست، قلب و سیستم گوارش را درگیر کند.

ایستگاه دستیاری

D1 پسر ۱۷ ساله‌ای با آرتریت زانوها و دردشکم و هماتوشزی حین دفع مدفوع و ضایعات پتشی و پورپورای قابل لمس در اندام‌های تحتانی مراجعه کرده است. در آزمایش ادرار نیز هماچوری و پروتئینوری دارد. برای تشخیص قطعی بیماری ایشان، مناسب‌ترین اقدام بعدی کدام است؟ (دستیاری تیر ۱۴۰۰)

الف) کولونوسکوپی و بیوپسی روده

ب) بیوپسی از ضایعات پوست

ج) سی‌تی‌آنژیوگرافی عروق شکم

د) انجام تست PANCA-CANCA

پاسخ برای حل سوالات کافیه، تابلوی غالب رو بلد باشی. مثلاً:

تابلوی پورپورای قابل لمس در اندام تحتانی + آرتریت و درد شکم = به نفع هنوخ شوئن لاین است. هماتوشزی، درد شکم، هماچوری و اختلال کلیوی هم هنوخ را پر رنگ‌تر می‌کند. تشخیص این بیماری با بیوپسی از ضایعات پوستی و یا کلیوی و دیدن رسوب IgA تأیید می‌شود.

سؤال	۸	D1		
پاسخ	ج	ب		

D2 آقای ۴۰ ساله‌ای با شکایت درد شکم از یک ماه آمده. درد وی بیشتر بعد از غذا خوردن بوده است. در شرح‌حال گزگز اندام تحتانی را ذکر می‌کند. در بررسی‌های پاراکلینیک:
WBC=10000, Hb: 10, MCV= 85, Plt= 200000, ESR=80, BUN=20, Cr=1.3, AST=60 (<40), ALT=80 (<40), ANA: Negative, ANCA (P, C): Negative, HBsAg: Positive, EMG/NCV: Mononeuritis Multiplex
کدام اقدام تشخیصی ارجح است؟ (دستیاری مرداد ۹۹)

الف) الکتروفورز پروتئین سرم
ب) آسپیراسیون مغز استخوان
ج) سی تی آنژیوگرافی شکم
د) سونوگرافی داپلر آئورت

پاسخ: تابلوی درد شکمی که بعد از غذا خوردن تشدید بشه + افتادگی مچ یا مونونوریت مولتی‌پلکس = شک به پلی آرتریت ندوزا.
از طرفی در این سوال سایر همراهی‌های PAN از جمله هپاتیت هپاتیت B، ESR بالا، آنمی و ANCA منفی هم می‌بینیم. برای تشخیص PAN، باید از بیوپسی یا آنژیوگرافی شکمی استفاده کنیم. جیم شد. برگرد جواب ۴ رو بخون.

D3 خانم ۶۰ ساله، به علت سردرد و تاری دید آمده. در طی سه ماه گذشته دچار ضعف و دردهای مفصلی بوده است. هنگام غذا خوردن، دچار خستگی و درد در ناحیه فک تحتانی می‌شود. در آزمایشات، Hb= 10.1 , ESR=100 و نمونه CSF طبیعی است. MRI مغز طبیعی گزارش شده است. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (دستیاری اردیبهشت ۱۴۰۱)

الف) Giant cell arteritis
ب) Polyarteitis nodosa
ج) Microscopic polyangiitis
د) Takayasu arteritis

پاسخ: تابلوی سردرد و تاری دید در یک بیمار مسن در صورتی که همراه با لنگش فک تحتانی (خستگی و درد حین جویدن)، تندرنس شقیقه‌ها (شریان تمپورال) یا ESR بالا باشد، تقریباً همیشه برابر با Giant cell arteritis یا آرتریت تمپورال است. تشخیص قطعی این بیماری با بیوپسی است، نه MRI و نمونه CSF. گول نخور! برگرد جواب ۳ رو بخون.

فقط زندگی در جهانی را تصور کن که در آن آیینه نباشد.
تو درباره‌ی صورتت خیالبافی می‌کنی و تصورت این است
که صورتت بازتاب آن چیزی است که در درون تو است.
و بعد وقتی چهل ساله شدی، کسی برای اولین بار آیینه‌ای
در برابرت می گیرد. وحشت خودت را مجسم کن!
تو صورت یک بیگانه را خواهی دید و به روشنی به چیزی پی خواهی برد
که قادر به پذیرفتنش نیستی: صورتِ تو، خودِ تو نیست.

جاودانگی

اثر میلان کوندرا

سؤال	D2	D3			
پاسخ	ج	الف			

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
کریستالوپاتی‌ها	مهم	۵

پاسخ نقرس

نقرس اولین و مهم‌ترین کریستالوپاتی است که افزایش اسید اوریک سرم یکی از دلایل ایجاد آن است. علاوه بر این عوامل زیر هم با بروز نقرس ارتباط دارند:

- سن بالا
- چاقی
- فشار خون بالا
- سندرم متابولیک
- بیماری‌های قلبی و کلیوی

اسید اوریک بیشتر از ۶/۸ mg/dl هایپراوریسمی خوانده می‌شود که موارد زیر در ایجاد آن نقش دارند:

- کمبود آنزیم هایپوگزانتین گوانین (سندرم لش‌نیهان)
- کمبود آنزیم G6PD
- بیماری‌های ذخیره‌ی گلیکوژنی
- اتانول و الکل و اینا ...
- داروهای سایتوتوکسیک و لوسمی و لنفوم
- دهیدراتاسیون
- اسیدوز
- سرب
- داروهایی مثل دیورتیک‌ها (تیازیدی و فورزماید)، پیرازینامید، اتامبوتول، لِوودوپا و آسپرین با دوز کم ...

نقرس با توجه به علائم بالینی، سیر و درمانش به حاد و مزمن تقسیم می‌شود:

پاسخ نقرس حاد

نقرس حاد با آرتریت (درد شدید، تورم، قرمزی و گرمی) حاد مفاصل اندام تحتانی به خصوص متاتارسوفالنژیال اول یا همون شست پا مشخص میشه که به صورت حمله‌ای در فردی که احتمالاً سابقه‌ی قبلی حمله‌ی نقرس رو داره میاد و میره! پیک درد بیمار ۲۴-۸ ساعته که در فاز حاد حتی اگر درمان نشه، ۱۴-۵ روز بعد خود به خود فروکش می‌کنه. بین حملات هم بیمار علامت نداره. نقرس به غیر از مفاصل متاتارسوفالنژیال می‌تونه مچ پا، زانو، آرنج، مچ دست و حتی مفاصل کوچک دست رو هم بگیره. به غیر از آرتریت، علائمی مثل محدودیت حرکات مفصلی، افزایش مارکرهای التهابی و تب هم در نقرس ممکنه داشته باشیم.

---

۱ خانم ۶۵ ساله‌ای با سابقه‌ی درد، تورم و قرمزی مفصل متاتارسوفالنژیال اول پای چپ مراجعه کرده است که چند بار دچار حمله آرتریت شده است. بیمار دچار هیپرتنشن و هیپرلیپیدمی است و در حال حاضر فورزماید، لوزارتان، آلوپرینول و آتورواستاتین مصرف می‌کند. به نظر شما کدام مورد باعث حمله مجدد شده است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵- قطبی)

الف) آلوپورینول
ب) فورزماید
ج) لوزارتان
د) آتورواستاتین

۲ آقای ۶۰ ساله‌ای از شب گذشته با درد شدید اولین مفصل متاتارسو فالانژیال پای سمت چپ آمده. مفصل بیمار شدیداً گرم و متورم می‌باشد. سابقه حمله مشابه را ۶ ماه قبل می‌دهد. کدام تشخیص برای بیمار بیشتر مطرح است؟ (پره‌انترنی خرداد ۱۴۰۰-میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) نقرس
ب) سلولیت
ج) آرتریت سپتیک
د) آرتریت روماتویید

سؤال	۱	۲
پاسخ	ب	الف

نقرس مزمن

در نقرس مزمن همون علائم مرحله‌ی حاد رو ولی با شدت کمتر به همراه توفوس داریم. توفوس به دنبال تجمع کریستال‌های مونوسدیم اورات در لاله‌ی گوش، انگشت‌ها، و بورس اوله‌کرانون، متاتارسوفارنژیال اول و مچ دست ایجاد میشه.

پاسخ تشخیص نقرس

در هر دو حالت نقرس مزمن و حاد با توجه به مطرح بودن تشخیص افتراقی آرتریت سپتیک، انجام آسپیراسیون مایع مفصلی برای تشخیص ضروری است. مایع مفصلی باید از نظر ظاهر، سلول، کریستال و کشت بررسی شود. نتایج آن:

آنالیز ظاهر و سلولی ☜ دارای ویژگی‌های التهابی شامل ظاهر کدر، WBC>۲۰۰۰ (معمولاً بیشتر از ۱۰ هزارتا) و PMN>۷۰٪

میکروسکوپی ☜ کریستال‌های سوزنی شکل مونو اورات سدیم داخل سلولی با انکسار مضاعف منفی.

کشت و اسمیر مایع ☜ منفی.

📖 در فاز حمله نیازی به اندازه‌گیری اسید اوریک نیست، چون ممکن است بالا، نرمال یا پایین باشد. ولی در فاز مزمن با توجه به هدف درمانی، اندازه‌گیری اسید اوریک یکی از اقدامات لازم است.

پاسخ درمان نقرس

💎 در حمله یا فاز حاد نقرس علاوه بر بی‌حرکتی مفصل و کمپرس سرد، داروهای کاهنده‌ی التهاب مؤثر است:

- **NSAID** مثل ناپروکسن، ایندومتاسین و ... که تجویز آن‌ها در نارسایی کلیه و اولسر پپتیک ممنوع است.
- **کلشی‌سین خوراکی** که ۴۸-۲۴ ساعت اول حمله میشه تجویز کرد. کلشی‌سین در نارسایی کلیه و اختلالات قلبی ممنوع است. در صورت تهوع یا اسهال باید مصرف این دارو متوقف شود.
- **گلوکوکورتیکوئید** به خصوص فرم داخل مفصلی

📖 یادت باشه داروهای کاهنده‌ی اسید اوریک مثل آلوپورینول و پروبنسید در فاز حمله کاربردی ندارند.

تو این مریض یا هر مریض دیگه‌ای با مونوآرتریت حاد باید اول آرتریت سپتیک رو رد کنیم، ولی اینجا به دو دلیل تشخیص نقرس واضحه:

☝ تکرار حملات در یک مفصل یکسان به نفع نقرس است.

✌ آرتریت سپتیک بیش‌تر از همه زانو رو میگیره و با شواهدی از جمله لکوسیتوز همراهی داره.

---

۳ بیمار آقای ۶۰ ساله با سابقه Gout با شکایت درد شدید زانوی راست، اریتم، گرمی و محدودیت حرکت زانو از ۲ روز قبل مراجعه کرده است. همچنین بیمار تب‌دار است (T: 39°C). اقدام مناسب برای بیمار فوق چیست؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۵- قطبی)

الف) اسکن رادیوایزوتوپ استخوان

ب) MRI زانو

ج) آسپیراسیون مایع مفصلی و تزریق داخل مفصلی گلوکوکورتیکوئید

د) بررسی مایع سینوویال از نظر کریستال و اسمیر و کشت مایع سینوویال

۴ آقای ۳۱ ساله/ شکایت فعلی: تورم مچ پا و انگشت اول پای راست به همراه اریتم / دارای سابقه‌ی چند بار درد و قرمزی انگشت اول پا که خود به خود ظرف یک هفته بهبود می‌یابد/ در آزمایشات:

CRP=++, Uric Acid: 5.8(3-6.5), WBC: 4600, Hb: 12.1, Plt: 460000, ESR: 40, Cr=0.7

کدام جمله صحیح است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۹-مشترک کشوری)

الف) با توجه به اسید اوریک نرمال، نقرس مطرح نمی‌باشد.

ب) با تشخیص نقرس، ناپروکسن با دوز التهابی شروع می‌کنیم.

ج) از بیمار گرافی Foot درخواست می‌کنیم.

د) پس از آسپیراسیون مفصل با تشخیص آرتریت سپتیک آنتی‌بیوتیک شروع می‌کنیم.

سؤال	۳	۴		
پاسخ	د	ب		

پاسخ درمان مرحله‌ی مزمن بر خلاف فاز حمله در جهت کاهش اسید اوریک است. اسید اوریک هدف در نقرس رسیدن به کم‌تر از mg/dl ۶ است، البته در نقرس توفوسی باید هدف را پایین‌تر در حد کم‌تر از mg/dl ۵ قرار دهیم. در نقرس مزمن داروهای کاهنده‌ی اسیداوریک در شرایط زیر اندیکاسیون دارد:

۱. سابقه‌ی دو یا بیش‌تر از دو حمله‌ی نقرس در سال

۲. داشتن توفوس

۳. سنگ کلیه‌ی راجعه‌ی اسیداوریکی

۴. آرتریت مزمن نقرس

۵. استیج ۲ یا بالاتر CKD یا نارسایی مزمن کلیه

سه تا از مهم‌ترین داروهای کاهنده‌ی اسید اوریک شامل:

آلوپورینول با مکانیسم کاهش تولید اسید اوریک، خط اول درمان نقرس مزمن است. به خصوص در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن کلیه، سنگ اسید اوریکی و شرایط افزایش تولید اسید اوریک. آلوپورینول رو به علت عوارض جانبی، با دوز پایین شروع کرده و به مرور افزایش میدهیم.

پروبنسید با افزایش دفع کلیوی اسید اوریک باعث کاهش سطح آن می‌شود که در سنگ کلیه ممنوع بوده و در GFR زیر ۵۰ بی‌اثر است.

پگلوتیکاز با مکانیسم اوریکولیتیک در نقرس راجعه و مقاوم به درمان‌های معمول استفاده می‌شود.

برای پیشگیری از بروز حمله، تجویز دوز کم کلشی‌سین و یا سایر NSAIDها کافی است که باید تا شش ماه همراه با کاهنده‌های اسید اوریک همراه باشد.

۵ در بیمار مبتلا به نقرس تمام موارد زیر اندیکاسیون شروع درمان با آلوپورینول است، بجز: (پره‌انترنی اسفند ۹۹- مشترک کشوری)

الف) چهار حمله نقرس در یک سال

ب) سنگ کلیه ریکورنت

ج) توفوس

د) سابقه حمله قبلی

پاسخ بیماری رسوب کلسیم پیروفسفات (CPPD) یا نقرس کاذب

در نقرس کاذب به دنبال رسوب کریستال‌های کلسیم پیروفسفات در غضروف مفصلی و ریزش کریستال‌ها ممکن است آرتریت حاد ایجاد شود که شایع‌ترین ناحیه‌ی درگیر غضروف فیبرو مثلثی شکل مچ دست و منیسک زانو است. CPPD در سنین بالا دیده می‌شود که درد آرتریت بیمار، مکانیکی بوده و با فعالیت تشدید می‌شود. برای تشخیص، انجام آسپیراسیون مفصلی ضروری است، که نتایج آن:

میکروسکوپ نوری ← کریستال‌های داخل سلولی لوزی‌شکل (رومبوئید) با انکسار مضاعف مثبت.

درمان CPPD در بیماران علامت‌دار شامل تجویز استروئید است. اگر مونو یا الیگوآرتریت بود به صورت داخل مفصلی و اگر پلی‌آرتریت بود به صورت خوراکی در مدت محدود تجویز می‌شود.

۶ خانم ۵۹ ساله‌ای به علت درد و تورم زانوی راست از یک هفته قبل مراجعه کرده است. شرح حالی از درد در سایر مفاصل به طور پراکنده می‌دهد که تیپ دردها مکانیکی است. سفتی صبح‌گاهی ندارد. در آسپیراسیون مایع مفصل انجام شده نکات زیر وجود دارد:

WBC=40000, PMN=60

مناسب‌ترین علت تشدید آرتریت در زانوی بیمار کدامیک از موارد زیر است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۵- قطبی)

الف) توبرکلوز

ب) تب روماتیسمی حاد

ج) نقرس کاذب

د) استئوآرتریت اولیه

سؤال	۵	۶		
پاسخ	د	ج		

۷ رسوب کدامیک از کریستال‌های زیر باعث ایجاد شانه‌ی میلواکی (milwaukee shoulder) می‌شود؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطبی)

الف) مونوسدیم اورات

ب) پیروفسفات کلسیم

ج) هیدروکسی آپاتیت

د) اگزالات کلسیم

پاسخ: نکته‌ی آخر هم از آرتروپاتی هیدروکسی آپاتیت بگیم؛ به رسوب غیرطبیعی کلسیم فسفات بازی (BCP) در داخل فضای مفصلی یا اطراف مفصل، پری‌آرتریت کلسیفیک میگن، که اگر در روتاتور کاف شانه رسوب کند، شانه‌ی میلواکی نامیده می‌شه.

بریم سراغ سوال‌های جدید

۸ مرد ۶۵ ساله با سابقه نقرس، با درد شدید اندام تحتانی آمده. در معاینه اریتم گرمی و تورم مچ پا دارد. آزمایش بیمار شامل CRP25(nl:6) و Cr 2.3mg/dl و ESR ۶۰ می‌باشد. جهت کنترل حمله نقرس فعلی کدام درمان مناسب‌تر است؟ (پره‌انترنی شهریور ۱۴۰۰- مشترک کشوری)

الف) آلوپورینول ۱۰۰ میلی‌گرم هر ۱۲ ساعت

ب) کلشی‌سین یک میلی‌گرم هر دو ساعت

ج) پردنیزولون ۱۰ میلی‌گرم هر ۸ ساعت

د) ایندومتاسین ۵۰ میلی‌گرم هر ۸ ساعت

پاسخ: این بیمار در فاز حاد نقرس است. در فاز حاد نقرس می‌تونیم NSAID، کلشی‌سین و گلوکوکورتیکوئید بدیم. ولی اگر بیمار کراتینین بالا و نارسایی کلیه داشت، دوتای اول ممنوع است و فقط مجازیم گلوکوکورتیکوئید تجویز کنیم.

ایستگاه دستیاری

D1 بیماری ۵۶ ساله با درد، تورم و قرمزی روی پنجه پای چپ از ۳ روز قبل مراجعه نموده که با مصرف داروهای ضدالتهاب شدت آن کاهش یافته است. وی علائم مشابه سه ماه قبل به دنبال پیاده‌روی طولانی ذکر می‌نماید. از شش ماه قبل، بعلت فشارخون بالا و دیابت تحت درمان دارویی می‌باشد. در آزمایشات روماتوئید فاکتور مثبت، رسوب خون ۴۰ میلی‌متر در ساعت اول و اسید اوریک ۸ میلی‌گرم در دسی‌لیتر است. قطع کدامیک از داروها می‌تواند به پیشگیری از التهابات مفصلی بیمار کمک نماید؟ (دستیاری مرداد ۹۹)

الف) هیدروکلروتیازید

ب) کاپتوپریل

ج) متفورمین

د) اتنولول

پاسخ: شرح حال آرتریت مفاصل متاتارسوفارنژیال به صورت درد، تورم و قرمزی به صورت حاد در بیماری که شرح حال آرتریت در همین فصل را قبلاً داشته، به همراه اسید اوریک بالا داد میزنه نقرس داره. برگرد جواب ۱ رو بخون؛ داروهایی مثل دیورتیک تیازیدی (هیدروکلرتیازید) و لوپ (فورزماید)، اتامبوتول، پیرازینامید و آسپیرین با دوز پایین باعث هایپراوریسمی و تشدید نقرس می‌شود، پس در این بیمار باید الف قطع شود.

من نمیفوام نیمه‌ی پر لیوان رو ببینم. فوش بینی باعث میشه حالت توقع بگیرم و منفرفانست. انسان بعد از هبوط این دنیا فقط لیاقت بدبفتی رو داره.

اتحادیه ابلهان

اثر جان کندی تول

سؤال	۷	۸	D1
پاسخ	ج	ج	الف

@MEDICA_CHANNEL

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
آرتریت سپتیک	غیر مهم (از منابع جدید داخلی حذف و به منابع درس عفونی اضافه شده)	۵

آرتریت سپتیک می‌تواند باکتریایی (حاد و مزمن)، ویروسی، قارچی و ... باشد. بر اساس سن و شرایط همراه، پاتوژن‌های متفاوتی در ایجاد آرتریت سپتیک نقش دارند.

- مهم‌ترین عامل در بالغین و نوجوانان ← نایسریا گنوره.
- در نوزادان ← استاف اورئوس، استرپتوکوک B، باسیل گرم منفی.
- شایع‌ترین عامل آرتریت غیرگنوکوکی در همه‌ی سنین ← استاف اورئوس.
- در عامل اصلی الکلیسم مزمن و هموگلوبینوپاتی‌ها ← پنوموکوک.

روش انتقال پاتوژن در آرتریت سپتیک

شایع‌ترین روش انتقال هماتوژن یعنی از طریق خون است. انتقال مجاورتی و تلقیح مستقیم (گاز گرفتن حیوانات، تزریق، جراحی و تروما) هم از روش‌های دیگر انتقال پاتوژن است.

مفاصل کوچک دست و پا می‌توانند از طریق تلقیح مستقیم گرفتار شوند.

شایع‌ترین مفاصل درگیر در آرتریت سپتیک

در کل، شایع‌ترین مفصل درگیر به ترتیب زانو، هیپ، شانه، مچ دست و آرنج است، ولی در افراد IV drug user شایع‌ترین مفصل درگیر مهره‌ها، استرنوکلاویکولار و ساکروایلیاک است.

فرم درگیری مفصلی

آرتریت سپتیک می‌تواند مونو، الیگو یا پلی‌آرتریت باشد. پلی‌آرتریت را بیشتر در آرتریت روماتوئید می‌بینیم. آرتریت روماتوئید به علت آسیب مفصلی بیشترین ارتباط را با آرتریت سپتیک دارد.

علائم بالینی و تشخیص آرتریت سپتیک

آرتریت سپتیک علاوه بر آرتریت (تورم، اریتم، گرمی و تندرنس مفصلی شدید)، با تظاهراتی مثل تب (۳۹-۳۸ درجه)، بی‌اشتهایی، ضعف و بی‌حالی، محدودیت شدید حرکات مفصلی (ROM)، لکوسیتوز و ESR و CRP بالا همراه است.

دو تشخیص افتراقی مهم در مونوآرتریت التهابی، نقرس و آرتریت سپتیک است. بنابراین اولین کار در هر مونوآرتریتی، رد آرتریت سپتیک با کمک آسپیراسیون و آنالیز مایع مفصلی است، به خصوص در بیماری بدون سابقه‌ی قبلی مونوآرتریت که شواهد عفونت از جمله تب و لکوسیتوز را هم دارد.

۱ شایع‌ترین عامل آرتریت سپتیک بدنبال الکلیسم مزمن و هموگلوبینوپاتی‌ها کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطبی)

الف) استرپتوکوک
ب) استافیلوکوک
ج) باسیل‌های گرم منفی
د) پنوموکوک

۲ آقای ۴۸ ساله بدون سابقه بیماری قبلی از شب قبل دچار درد، تورم، گرمی و محدودیت حرکتی زانوی چپ شده است. سابقه تروما را ذکر نمی‌نماید. در معاینه، علاوه بر تورم مفصل زانو، تب ۳۸ درجه سانتی‌گراد دارد. اولین اقدام مناسب در وی چیست؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۹- کشوری)

الف) رادیوگرافی مفصل زانو
ب) آسپیراسیون و آنالیز مایع مفصل
ج) شروع آنتی‌بیوتیک وسیع الطیف
د) شروع NSAID با دوز التهابی

سؤال	۱	۲			
پاسخ	د	ب			

ویژگی‌های مایع مفصلی در آرتریت سپتیک					
ظاهر	ویسکوزیته	تعداد WBC	ارجحیت سلولی	گلوکز	پروتئین و LDH
کدر و چرکی یا خونی	کاهش یافته	بیشتر از ۵۰ هزار تا	با ارجحیت PMN بیشتر از ۹۰٪	کاهش	افزایش

۳ خانم 60yr بدون سابقه‌ی بیماری/ درد زانوها از ۵ سال قبل و تشدید آن طی یک هفته اخیر و مسافرت / وزن = 85kg، قد = 155cm و بدون تب/ تورم زانوی راست/ محدودیت فلکسیون در حد ۹۰ درجه/ گرمی مختصر بدون اریتم/ کریپتاسیون +۲ زانوها/ سایر مفاصل نرمال/ کدام بررسی تشخیصی کمک‌کننده نیست؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴- قطبی)

الف) آسپیراسیون و آنالیز مایع سینوویال

ب) MRI از زانوها

ج) گرافی از زانوها

د) کشت مایع سینوویال

۴ خانم ۲۴ ساله با شکایت تب و لرز آرتریت مهاجر در مفاصل زانوها و مچ دست مراجعه کرده است. در معاینات بیمار ضایعات پوستی به صورت پاپول‌های اریتماتو و گاهاً هموراژیک در دست‌ها و تنه و همچنین تورم و قرمزی تاندون‌های اکستانسور مچ دست راست را نیز دارد. محتمل‌ترین تشخیص کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴- قطبی)

الف) تب روماتیسمی

ب) لوپوس

ج) عفونت منتشر گنوکوکی

د) آرتریت واکنشی

۵ آقای 45yr/ مونوآرتریت زانوی چپ از ۵ ماه قبل/ افیوژن و هیپرتروفی سینوویال واضح زانوی چپ/ آزمایشات: ESR= 55, CRP= +, RF = −, Anti CCP = −

آنالیز مایع مفصلی: WBC = 28000 با PMN=%55، رنگ‌آمیزی گرم و کشت مایع مفصلی منفی. تشخیص؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵-قطبی)

الف) آرتریت کریستالی

ب) استئوآرتریت

ج) آرتریت سلی

د) آرتریت سپتیک حاد

سؤال	۳	۴	۵
پاسخ	ب	ج	ج

بیوپسی و کشت سینوویوم بیشترین احتمال پیدا کردن میکروارگانیسم را دارد. اگرچه اسمیر منفی به هیچ وجه رد کننده نیست.

رادیوگرافی ساده‌ی مفصل هم با تغییراتی مثل باریک شدن فضای مفصلی، استئوپنی و اروزیون (با تأخیر) ممکن است به تشخیص کمک کند.

پاسخ MRI و سی‌تی اسکن فقط در موارد مشکوک به آرتریت سپتیک ساکروایلیاک، استرنوکلاویکولار و مهره‌ها کمک می‌کند.

پاسخ آرتریت گنوکوکی

نایسریا گونوره در ۹۰٪ موارد با مونوآرتریت ظاهر می‌شود که ممکن است به صورت مهاجر باشد. آرتریت گنوکوکی ممکن است منتشر باشد و یا فقط به صورت آرتریت بروز کند. عفونت منتشر گنوکوکی (DGI) با تظاهراتی مثل تب، لرز، آرتریت مهاجر و راش، پاپول و یا پوسچول‌های خونریزی‌دهنده (در تنه، سطوح اکستانسور و انتهای اندام) همراه است. کشت مایع مفصلی تقریبا همیشه و کشت خون در بیشتر موارد منفی است ولی کشت از راش‌های جلدی ممکن است مثبت شود.

در آرتریت ایزوله‌ی گنوکوکی هم کشت خون تقریبا همیشه منفی است ولی کشت مایع مفصلی کم‌تر از ۴۰٪ موارد مثبت می‌شود. برای تشخیص می‌توان از PCR کمک گرفت.

با شک به آرتریت گنوکوکی باید سریعاً آنتی‌بیوتیک وریدی شروع شود. بهبود دراماتیک علائم در عرض ۱۲-۲۴ ساعت بدنبال آنتی بیوتیک مناسب هم به نفع تشخیص است.

در عفونت گنوکوکی منتشر باید همزمان عفونت کلامیدیایی رو هم درمان کنیم، در نتیجه داکسی‌سایکلین و سفالوسپورین نسل سوم را کنار هم تجویز می‌کنیم.

پاسخ آرتریت سلی (توبرکلوزی)

آرتریت سلی با مونو یا پلی‌آرتریت مزمن همراه است که شایع‌ترین مفاصل درگیر به ترتیب هیپ، زانو و مچ پا است. درگیری مفصل هیپ با لنگش پا و درد همراه است.

پلی‌آرتریت سلی (Poncet's disease) به صورت قرینه و بیشتر در سل احشایی و منتشر دیده می‌شود.

Pott Disease فرمی از آرتریت سلی است که مهره‌های توراسیک و لومبار را می‌گیرد و با تعریق شبانه، کاهش وزن، تب و تندرنس در دق مهره‌ها همراه است.

پاسخ بیماری ویپل به دنبال عفونت با باکتری Tropheryma whipplei با علائمی مثل تب، کاهش وزن و آرتریت مهاجر ظاهر می‌شود.

یه گریزی بزنیم به فصل اولمون:

پلی‌آرتریت قرینه رو کجا داریم؟ آرتریت روماتوئید، لوپوس، آرتریت وایرال، نقرس مزمن، نقرس کاذب و Poncet's disease در سل.

آرتریت مهاجر رو کجا داریم؟ تب روماتیسمی (RF)، آرتریت گنوکوکی، آرتریت وایرال، آرتریت ویپل.

پاسخ **درمان آرتریت سپتیک**

- اساس درمان آرتریت سپتیک آنتی‌بیوتیک و درناژ مفصل (خارج کردن چرک) است.

در مفصل زانو انجام درناژ و در مفاصل هیپ و شانه آرتروتومی و شستشوی باز مفصل ضروری است.

بلافاصله بعد از گرفتن نمونه‌ی مایع مفصلی و ارسال کشت باید آنتی‌بیوتیک وریدی تجربی را به صورت زیر شروع کرد.

اسمیر منفی (مثل گنوکوک) ← سفالوسپورین نسل سوم مثل سفوتاکسیم یا سفتریاکسون.

اسمیر مثبت ←

- کوکسی گرم مثبت (مثل استاف): اگزاسیلین یا نفی‌سیلین و در موارد مقاوم (مثلاً بیمار بستری) ونکومایسین.
- گرم منفی: سفالوسپورین نسل دوم یا سوم.

بعد از مشخص شدن نتیجه‌ی کشت، درمان اختصاصی را شروع می‌کنیم:

- استاف اورئوس ← اگزاسیلین یا ونکومایسین.
- پنوموکوک و استرپتوکوک ← پنی‌سیلین G.
- استرپتوکوک مقاوم به پنی سیلین و هموفیلوس آنفلوانزا ← سفالوسپورین نسل سوم مثل سفوتاکسیم یا سفتریاکسون.
- سودومونا اورئوس ← پنی‌سیلین وسیع‌الطیف + آمینوگلیکوزید.

گر زمان منتظر ما می‌ایستاد تا ما به بلوغ برسیم، قطعا زندگی با نقص‌های کمتری را تجربه می‌کردیم. نمی‌دانم زندگی بدون واژه‌ی «افسوس» چه شکلی خواهد بود!

شیرین‌تر است یا مزه‌ی یکنواختی دارد؟!

— تنهایی پر هیاهو

اثر بهومیل هرابال

۶ خانم ۳۶ ساله با شکایت از درد دست‌ها مراجعه می‌کند. در معاینه پلی‌آرتریت قرینه‌ی مفاصل کوچک دست‌ها را دارد. کدامیک از موارد زیر جزء تشخیص افتراقی‌ها نیست؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطبی)

الف) بیماری ویپل
ب) SLE
ج) RA
د) آرتریت ویرال

۷ آقای ۵۰ ساله‌ی دیابتی با درد شدید و تورم زانوی راست از روز گذشته مراجعه کرده است. در معاینه تب ۳۹ درجه و محدودیت خم شدن زانوی چپ دارد. در رنگ‌آمیزی مایع سینوویال، باکتری گرم + دیده شده است. کدام اقدام زیر علاوه‌بر تجویز آنتی‌بیوتیک ضرورت دارد؟ (پره‌انترنی آذر ۹۸- میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) چک پروتئین و LDH افیوژن مفصلی
ب) سونوگرافی مفصل زانو
ج) درناژ مکرر زانو
د) آرتروتومی اورژانسی

سؤال	۶	۷
پاسخ	الف	ج

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
درد کمر و گردن	خیلی مهم	۹

کمر درد

کمر درد دلایل متفاوتی داره، ولی قبل از هر چیزی اپروچ به کمر درد رو باید بلد باشیم. کمر درد با توجه به زمان درگیری به دو نوع حاد و مزمن تقسیم میشه؛ درد کمتر از سه ماه حاد و بیشتر از آن مزمن است. اینجا از آخر به اول می‌ریم! اول ارزیابی رو میگم بعد معاینه...

پاسخ **در بیمار مبتلا به کمر درد حاد کی تصویربرداری لازم است؟** وقتی یکی از ریسک فاکتورهای زیر رو داشته باشه:

- سن بالای ۷۰
- بدتر شدن درد هنگام شب و با استراحت
- سابقه‌ی قبلی سرطان
- سابقه‌ی تروما
- بی‌اختیاری ادرار یا مدفوع
- سابقه‌ی مصرف داروی داخل وریدی
- سابقه‌ی مصرف گلوکوکورتیکوئید
- سابقه‌ی نقص نورولوژیک سریعاً پیش‌رونده
- سابقه‌ی عفونت مزمن به خصوص ریه، ادرار، پوست و دندان
- کاهش وزن و تب غیر قابل توجیه
- تندرنس در دق ستون فقرات
- توده‌ی شکمی، رکتال یا لگنی
- مثبت شدن یکی از تست‌های SLR، Reverse SLR، پاتریک یا دق پاشنه
- نقص عصبی پیش‌رونده‌ی فوکال در معاینه

پاسخ همینجا یاد بگیر که اگر بیمار مبتلا به کمر درد حاد ریسک‌فاکتورهای بالا رو نداشت، بیمار رو با تجویز مسکن یا ضد التهابی مثل دیکلوفناک ترخیص می‌کنیم. مثل این آقای ۳۲ ساله که دردش احتمالاً به علت اسپاسم عضلانیه و هیچ ریسک فاکتوری نداره.

کی نیاز به بررسی آزمایشگاهی داریم؟ در کمر درد حاد به ندرت نیاز به آزمایش داریم، مگر در حضور ریسک فاکتورهای بالا.

۱ خانم ۶۰ ساله‌ای با کمر درد مکانیکی از ۲ هفته قبل مراجعه کرده است. در صورت وجود کدام‌یک از یافته‌های زیر بیمار نیاز به بررسی با روش‌های رادیوگرافیک دارد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۹- مشترک کشوری)

الف) حساسیت مهره دوم در دق ستون فقرات
ب) خشکی صبحگاهی به مدت ۱۰ دقیقه
ج) ایجاد درد در فقرات کمری در SLR بدون انتشار به اندام تحتانی
د) سابقه آرتریت روماتوئید در برادر وی

۲ آقای 32yr/ درد کمر با انتشار به اندام تحتانی راست از یک هفته قبل به دنبال برداشتن جسم سنگین/ تشدید درد با ایستادن، راه رفتن، بلند کردن جسم سنگین و نشستن طولانی/ بهبود با دراز کشیدن/ SLR منفی / گزینه مناسب؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطبی)

الف) NCV -EMG از اندام تحتانی
ب) رادیوگرافی از مهره‌های کمر
ج) انجام MRI از مهره‌های کمر
د) تجویز ضد درد و استراحت و توصیه‌های بهداشتی

سؤال	۱	۲			
پاسخ	الف	د			

پاسخ در صورت نیاز چه آزمایشاتی درخواست می‌کنیم؟

۱. CBC
۲. ESR
۳. U/A

چه معایناتی رو در کمر درد باید انجام بدیم؟ علاوه بر معاینات روتین، باید رادیکولوپاتی رو رد یا اثبات کنیم و حس و حرکت عصبی و رفلکس‌ها رو بررسی کنیم.

پاسخ درد رادیکولر یا رادیکولوپاتی به دنبال آسیب به ریشه‌ی عصب ایجاد شده و مانورهایی که با کشیدگی عصب یا درگیری ریشه‌های عصبی همراهی دارد، باعث برانگیخته شدن درد می‌شوند. سه تست مهم SLR در تشخیص رادیکولوپاتی کمک می‌کنند، که عبارتند از: SLR (لازک)، SLR متقاطع (Crossed)، SLR معکوس(Reverse). SLR خالی در صورت احساس درد حین بالا آوردن پا (فلکشن غیر فعال هیپ) در وضعیت اکستنشن زانو و خوابیده مثبت می‌شود.

SLR خالی و متقاطع در درگیری L5 یا S1 یعنی سیاتیک و SLR معکوس در درگیری L2، L3، L4 یعنی فمورال مثبت می‌شوند.

اگر SLR در حالت نشسته مثبت و درد بیمار تشدید بشه، با شک قوی به رادیکولوپاتی باید بررسی‌های بیشتر انجام بدیم.

پاسخ درد مفصل هیپ می‌تواند رادیکولوپاتی را تقلید کند، در نتیجه برای تشخیص درد ناشی از آسیب مفصل هیپ میشه از تست دق پاشنه‌ی پا و یا نشانه‌ی پاتریک استفاده کرد. تست دق پاشنه در صورت احساس درد با دق پاشنه مثبت می‌شود. نشانه‌ی پاتریک هم به احساس درد در هیپ در حرکت چرخش داخلی و خارجی گفته می‌شود.

پاسخ **معاینات حسی، حرکتی و رفلکسی**

سه ریشه‌ی عصبی مهم داریم که باید معایناتش رو دقیق بدونیم ← L4، L5، S1

L4 ← حس قسمت خارجی قدام ران و داخل ساق پا را تأمین می‌کند. در اکستنشن زانو و اداکشن هیپ نقش دارد و در صورت درگیری، رفلکس زانو یا پاتلار که به عضله‌ی چهار سر (کوادری‌سپس) وابسته‌ست مختل می‌شود.

۳ بیمار آقای ۴۵ ساله‌ای به دلیل کمردرد از ۴ ماه قبل، مراجعه کرده است. بیمار از تب گهگاهی هم شاکی است. کدامیک از بررسی‌های زیر را برای بیمار انجام می‌دهید؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطبی)

الف) TSH
ب) C3
ج) ESR
د) RF

۴ خانم 37yr/ درد کمر سوزنی از ۳هفته قبل/ تشدید با نشستن و انتشار به پشت ران و ساق پای راست/ بدون تندرنس در ناحیه ستون فقرات/ رفلکس آشیل نرمال/ تشدید درد در SLR با زاویه‌ی هیپ ۴۵ درجه/ جمله صحیح؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۵- قطبی)

الف) بیمار Red Flag دارد و باید بررسی بیشتری برای وی انجام گیرد.
ب) کیفیت سوزشی درد نشان دهنده‌ی رادیکولر بودن و تحریک عصبی است.
ج) با توجه به عدم تندرنس در ستون فقرات مشکلات رادیکولر و دیسکوپاتی رد می‌شود.
د) تشدید درد در تست SLR در حالت نشسته و درازکش می‌تواند در تشخیص رادیکولوپاتی مؤثر باشد.

۵ وجود علامت «دق پاشنه پا» در کمردرد به نفع پاتولوژی در کدام قسمت است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۵- قطبی)

الف) مفصل هیپ
ب) مفصل ساکروایلیاک
ج) مفصل فاست مهره
د) دیسک بین مهره‌ای

۶ خانم 32yr/ کمردرد به دنبال برداشتن جسم سنگین/ انتشار درد از کمر به سمت قدامی و طرفی ران/ معاینه، رفلکس چهار سر زانوی ضعیف و دورسال فلکشن مختل/ احتمال درگیری کدام ریشه عصبی وجود دارد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳- قطبی)

الف) L4
ب) L3
ج) L5
د) S1

سؤال	۳	۴	۵	۶
پاسخ	ج	د	الف	الف

۷ خانم ۵۲ ساله با شکایت کمر درد از حدود ۴ ماه قبل مراجعه کرده است. درد بیمار به سطح خارجی ران انتشار دارد. بیمار قادر به راه رفتن روی پاشنه نیست. احتمال درگیری کدام ریشه‌ی عصبی مطرح است؟ (پره‌انترنی اردیبهشت ۹۶- میان‌دوره کشوری)

الف) L3

ب) L5

ج) L4

د) S1

پاسخ: L5 ← قسمت خارجی خلف ران، خارج ساق پا، دورسال یا پشت پا (foot)، چهار انگشت اول و پاشنه‌ی پا را عصب‌دهی می‌کند. در ابداکشن هیپ و دورسی فلکشن پا نقش دارد. در نتیجه در فردی که قادر به ایستادن روی پاشنه نیست و یا افتادگی مچ پا (Foot drop) دارد و دورسی فلکشن پا مختل است، به درگیری L5 شک می‌کنیم.

۸ آقای ۴۵ ساله‌ای با کمر درد رادیکولر به اندام تحتانی چپ، متعاقب برداشتن جسم سنگین مراجعه کرده است. از توزیع درد در پشت ساق و ران و باسن شاکی است و اختلال حسی در ناحیه‌ی لترال پا دارد و قدرت پلانتار فلکسیون پا و شست پا کاهش یافته است. کدام ریشه‌ی لومبوساکرال درگیر است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطبی)

الف) L5

ب) S1

ج) L4

د) L3

پاسخ: S1 ← حس کف پا، سطح خارجی پا و انگشت کوچک پا را تأمین می‌کند و درد آن به خلف ران، ساق پا، باتک و خود پا منتشر می‌شود. در اکستنشن هیپ، پلانتار فلکشن (ایستادن روی پنجه) و فلکشن انگشتان پا نقش دارد. رفلکس پاشنه‌ی پا یا آشیل با ضربه زدن روی تاندون آشیل و پلانتار فلکشن پا چک می‌شود، اگر مختل شود باید به درگیری S1 فکر کرد. پس جمع‌بندی نکات رو ببین

- مختل شدن رفلکس زانو (عضله‌ی چهار سر) مربوط به کدوم عصبه ← L4
- اختلال Foot dorsi flexion و ایستادن روی پاشنه پا ← L5
- اختلال Foot plantar flexion و ایستادن روی پنجه ← S1

انواع کمر درد

۹ خانم ۶۰ ساله‌ای به علت کمردرد با انتشار به اندام‌های دو طرف مراجعه کرده است. در معاینه علاوه بر تندرنس در عضلات اطراف ستون فقرات، در لمس عمقی قسمت تحتانی کمر، Step وجود دارد. مناسب‌ترین تشخیص کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴- قطبی)

الف) Spondylolistesis

ب) Discopathy

ج) Back strain

د) Canal Stenosis

پاسخ: **پنج نوع کمر درد داریم:**

۱. کمر درد لوکال ← مثلاً به دنبال شکستگی، تومور و عفونت.

۲. کمر درد رادیکولر ← حالت تیز و تیر کشنده به اندام تحتانی داره و بیمار با سرفه و عطسه هم احساس درد می‌کند و بیشتر هم در ناحیه‌ی عصب سیاتیک درد را احساس می‌کند. اگر بیمار در حالت نشسته و اکستنشن زانو، پا را بالا آورده و درد احساس کند به درگیری عصب سیاتیک (S1 و L5) شک می‌کنیم.

۳. کمردرد ناشی از ستون فقرات ← مثل نقایص ستون فقرات که دو موردش رو پایین می‌بینیم.

سؤال	۷	۸	۹
پاسخ	ب	ب	الف

✌ اسپوندیلولیز ☜ شایع‌ترین علت کمردرد التهابی در جوانان است. نقص استخوانی مهره علت این بیماری است که در نمای مایل مهره، خط شکستگی و نمای سگ اسکاتلندی دیده می‌شود.

✌ اسپوندیلولیستزیس ☜ لیز خوردن مهره‌ی فوقانی روی مهره تحتانی که در لمس توی لمس حالت stepping و پله‌مانند دارد.

۴. کمردرد ارجاعی ☜ منشأ درد ارجاعی، ستون فقرات نیست بلکه عضوی از شکم یا لگن درگیر است که به کمر تیر می‌کشد مثل پانکراتیت.

۵. درد ناشی از اسپاسم عضلات ☜ بیشتر در ورزشکاران و یا فردی که حرکت ناگهانی و شدید داشته دیده میشه. درد، حالت تیر کشنده و ثابت و مداوم داره. SLR بیمار منفیه، درد به اندام تحتانی تیر نمی‌کشه و از پوزیشن بیمار که خودشو صاف و سفت نگه داشته میتونی بفهمی که دردش اسپاستیکه.

۱۰ آقای ۵۰ ساله‌ای به علت کمردرد از ۹ ماه قبل مراجعه کرده است. بیمار ذکر می‌کند در طی این مدت درد سیر پیشرونده داشته و در بعضی از روزها فقط درد باسن دارد. از خشکی صبحگاهی یک ساعته در ناحیه‌ی کمر شاکی است و بهبود درد را با فعالیت ذکر می‌کند. کدامیک از یافته های بیمار با کمردرد التهابی کم‌تر همخوانی دارد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۷- مشترک کشوری)

الف) سن بیمار

ب) درد باسن

ج) مدت شروع علائم

د) بهبود درد با فعالیت

پاسخ کمردرد التهابی

کمردرد التهابی رو تو فصل اسپوندیلوآرتروپاتی خوندیم. باید هر کمر درد التهابی مزمن یعنی بالای سه ماه رو تو افراد جوان‌تر از ۴۵ سال بررسی کنیم. هشت کرایتریای کمردرد التهابی چیه؟

۱. سن شروع زیر ۴۰ سال

۲. تدریجی

۳. بهبود با فعالیت

۴. عدم بهبود با استراحت

۵. درد شبانه‌ای که با بلند شدن بهتر می‌شود

۶. و بیمار رو از خواب بیدار می‌کنه

۷. خشکی صبح‌گاهی بالای ۳۰ دقیقه

۸. درد باسن

برای بررسی باید سه نوع تست درخواست کنیم:

✌ آزمایشات غیر اختصاصی CBC، ESR، CRP

✌ گرافی ساده‌ی لگن (ساکروایلیاک) و اگر نرمال بود، MRI مفصل ساکروایلیاک

✌ HLA-B27

سؤال	۱۰			
پاسخ	الف			

علت‌های کمر درد

پاسخ چند علت مهم کمر درد رو پایین ببین:

اسپاسم یا کشیدگی عضلانی (مثلاً به دنبال بلند کردن وزنه‌ی سنگین یا افتادن) این عارضه معمولاً با وضعیت غیرطبیعی و سفتی عضلات پاراسپاینال همراهی دارد و خود محدودشونده است.

تروما مثلا بر اثر کاهش ناگهانی شتاب در تصادف یا سقوط از ارتفاع و آسیب L5. CTscan روش تشخیصی ارجح در تروما است.

سندرم دم اسب در این سندرم چند ریشه از عصب لومبوساکرال درگیر شده است که با بی‌اختیاری ادرار، کمردرد، از بین رفتن رفلکس‌های وتری پا و درد و بی حسی دوطرفه (saddle anesthesia) همراه است. بهترین راه تشخیص آن MRI است.

فتق دیسک علائمی مشابه سندرم دم اسب دارد با این تفاوت که بی‌حسی دوطرفه وجود ندارد و MRI بهترین روش تشخیصی است.

تنگی کانال نخاعی یکی از علل شایع تنگی کانال نخاعی استئوآرتریت یا اسپوندیلوز در سن بالا است که درد کمر بیمار با ایستادن و راه رفتن بدتر و با نشستن و به جلو خم شدن برطرف می‌شود، در نتیجه حین راه ایجاد به علت کمر درد و بی‌حسی اندام هر چند دقیقه یک بار باید بنشیند. در تنگی کانال نخاعی معاینات و رفلکس‌های وتری معمولا نرمال است. تشخیص قطعی به کمک MRI تأیید می‌شود.

پاسخ **عفونت مهره** کمر درد بیمار با استراحت برطرف نمی‌شود، در طول شب درد بیشتر شده و با تب، تندرنس مهره، لکوسیتوز و ESR بالا همراه است.

درد گردن

پاسخ سه علت مهم گردن درد شامل تروما، هرنی دیسک و اسپوندیلوز گردنی است. در هرنی دیسک شایع‌ترین ریشه‌های درگیر C6 و C7 هستند. از علائم شایع هرنی دیسک، درد و سوزن سوزن شدن گردن و شانه و بازو به همراه خشکی و محدودیت دامنه‌ی حرکات را می‌توان نام برد. برای مثال اگر در معاینه، درد گردن بیمار به دنبال اکستنشن و چرخش به خارج گردن، تشدید یا تحریک شد، تشخیص هرنی دیسک گردنی یا Herniated cervical disk پررنگ می‌شود. به این حالت، نشانه‌ی Spurling می‌گوییم.

۱۱ آقای ۵۰ ساله‌ای با کمردرد و بی‌اختیاری ادرار مراجعه کرده است. در معاینه ضعف اندام‌های تحتانی، کاهش رفلکس‌های اندام تحتانی و Saddle Anesthesia دارد. کدامیک از تشخیص‌های زیر محتمل است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴- قطبی)

الف) دیسکوپاتی
ب) اسپوندیلولیز
ج) شکستگی مهره ناشی از استئوپروز
د) سندرم دم اسب

۱۲ آقای ۳۵ ساله‌ای با کمر درد از یک ماه قبل مراجعه نموده است. درد بیمار در تمام طول روز ادامه دارد و شب‌ها تشدید می گردد، و همراه با تب و کاهش اشتها است. در معاینه دق مهره‌های کمری دردناک است. کدامیک از تشخیص‌های زیر برای بیمار بیشتر مطرح است؟ (پره‌انترنی اردیبهشت ۹۶ - میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) اسپوندیلولیزیس
ب) عفونت مهره‌ای
ج) تنگی کانال نخاعی
د) استئوپروزیس

۱۳ بیمار ۲۸ ساله‌ای با احساس خشکی در گردن همراه با درد تیر کشنده به اندام فوقانی راست آمده. در معاینه، با ایجاد اکستانسیون در گردن و چرخش به راست، درد مشابهی در بیمار رخ می‌دهد. کدام تشخیص محتمل‌تر است؟ (پره‌انترنی آبان ۱۴۰۰- میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) Herniated cervical disk
ب) Cervical spondylosis
ج) Thoracic outlet syndrome
د) Brachial plexopathy

سؤال	۱۱	۱۲	۱۳
پاسخ	د	ب	الف

@MEDICA_CHANNEL

پاسخ درماتوم و رفلکس‌های مهم گردنی رو هم یاد بگیر:

قدام گردن

- قسمت خارجی بازو ، قدام بازو و ساعد ← C5
- شست دست ← C6
- انگشت دوم وسوم ← C7
- انگشت چهارم و پنجم ← C8

خلف گردن

- خارج بازو تا خلف شست ← C6
- خلف بازو و ساعد تا انگشت دوم و سوم ← C7
- یه ذره پایین‌تر تا خلف انگشت چهارم و پنجم ← C8
- مدیال بازو و آگزیلا ← T1

رفلکس‌های مهم:

- رفلکس بایسپس ← C5 و C6
- رفلکس تری‌سپس ← C7

پاسخ در تروما به گردن در صورت وجود این ۱۰ریسک فاکتور، بیمار باید تحت تصویربرداری گردن و ستون فقرات گردنی ترجیحاً با سی‌تی اسکن قرار گیرد:

۱. سن بالای ۶۵ سال
۲. پارستزی اندام
۳. مکانیسم ترومای خطرناک مثل سقوط از بیش‌تر از سه فوت یا پنج پله
۴. استئوپروز شدید
۵. سابقه مصرف گلوکوکورتیکوئید، مثل این مریض با سن بالای ۶۵ سال
۶. کنسر
۷. اختلال هوشیاری
۸. نقص نورولوژیک
۹. تندرنس مهره‌های گردنی یا درد شدید
۱۰. مسمومیت برای بیمار مطرح باشد.

۱۴ خانم ۴۰ ساله از دو هفته قبل دچار درد گردن با انتشار به سطح دورسال ساعد و انگشت سوم دست راست شده است. در معاینه رفلکس عضله‌ی سه سر کاهش یافته است. کدامیک از ریشه‌های عصبی زیر درگیر است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۴- قطبی)

الف) C5
ب) C7
ج) C6
د) C8

۱۵ خانم ۶۶ ساله مبتلا به آرتریت روماتوئید از ۲۰ سال قبل که تحت درمان کورتون طولانی مدت می‌باشد، به دنبال سقوط از ۴ پله دچار درد گردن به شکل حاد و ناگهانی شده است. در مراجعه به اورژانس رادیوگرافی گردن به نظر طبیعی است. اقدام مناسب کدام است؟ (پره‌انترنی دی ۹۹- میاندوره‌ی کشوری)

الف) اطمینان بخشی به بیمار و تجویز NSAID
ب) دادن Collar و مراجعه یک هفته بعد
ج) با احتمال تشدید بیماری روماتوئید دوز پردنیزولون افزایش یابد.
د) انجام سی‌تی‌اسکن از گردن جهت بررسی شکستگی

سؤال	۱۴	۱۵		
پاسخ	ب	د		

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
اختلالات اطراف مفصلی	مهم	۶

۱ کدامیک از موارد زیر در مورد بیماری جنب مفصلی (Peri Articular) صحیح است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۳- قطبی)

الف محدودیت در حرکات فعال

ب محدودیت در حرکات غیرفعال

ج خشکی صبحگاهی بیش از یک ساعت

د بهبود علائم در فعالیت‌های روزمره

پاسخ در اختلالات اطراف مفصلی، ساختمان‌های اطراف مفصل مثل بورس و لیگامان درگیر می‌شوند که محدودیت حرکات فعال را (active) داریم اما حرکات غیرفعال (passive) نرمال است.

بورسیت

بورس ساختار کیسه مانندی از جنس بافت سینوویوم است که باعث تسهیل حرکات و جلوگیری از اصطحکاک در حرکات تاندون و عضلات روی استخوان می‌شود. استفاده‌ی بیش از حد، شایع‌ترین علت بورسیت است. از علل دیگر آن می‌توان تروما، عفونت، بیماری‌هایی مثل نقرس و ... را نام برد. تشخیص بورسیت معمولا بالینی و براساس شرح حال و معاینه است. انواع بورسیت:

بورسیت ساب‌آکرومیال (ساب دلتوئید)

این بورس بین سر استخوان هومروس و زیر زائده آکرومیون قرار داره که با عضله‌ی دلتوئید پوشیده میشه.

بورسیت ساب‌آکرومیال شایع‌ترین نوع بورسیت است و معمولاً با تاندونیت روتاتورکاف همراهی دارد.

بورسیت اوله‌کرانون

همونطور که از اسمش مشخصه، خلف مفصل آرنج قرار دارد که در التهاب دچار قرمزی، تورم و گرمی میشه. دو تشخیص افتراقی مهم بورسیت اوله‌کرانون، نقرس و عفونت مفصل (آرتریت سپتیک) است، پس با شک به بورسیت اوله‌کرانون، حتماً مایع بورسیت رو آسپیره و از نظر کشت، کریستال اورات و ... بررسی کن.

الگوی درد بورسیت تروکانتریک



۲ خانم 30 yr/ درد لترال هیپ چپ/ انتشار به قسمت قدام ران/ معاینه: تندرنس لوکال لترال هیپ و ابداکشن هیپ دردناک/ محتمل‌ترین تشخیص؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷- قطبی)

الف نکروز آوسکولار هیپ

ب آرتریت مفصل ساکروایلیاک

ج آرتریت مفصل هیپ

د بورسیت تروکانتریک

پاسخ **بورسیت تروکانتریک**

این بورس بین تروکانتر بزرگ فمور و محل اتصال عضله گلوتئوس مدیوس است. تظاهرات بورسیت تروکانتریک شامل درد در قسمت لترال هیپ و ناحیه‌ی فوقانی ران (با انتشار به قدام ران)، درد در حرکات ابداکشن (در برابر مقاومت) و چرخش خارجی مفصل هیپ و تندرنس لوکال در معاینه‌ی لترال هیپ است.

سؤال	۱	۲
پاسخ	الف	د

پاسخ 💎 **بورسیت ایلئوپسواس**

محل بورس بین عضله‌ی ایلئوپسواس و مفصل هیپ است که التهاب آن با درد در ناحیه‌ی کشاله‌ران (groin) و قدام ران و درد در حرکات اکستنشن و فلکسیون هیپ همراه است. از آنجایی که تشخیص بورسیت بالینی است پس معاینه و گرفتن شرح حال برای تشخیص کفایت می‌کند.

💎 **بورسیت پره پاتلار (زانوی خدمتکاران)**

این بورس بین پوست و استخوان پاتلا قرار داره . در اثر زانو زدن مکرر روی سطوح سفت ایجاد و باعث تورم و تندرنس در قدام زانو میشه. میتونه به دنبال نقرس و عفونت (آرتریت سپتیک) ایجاد بشه.

💎 **بورسیت ایسکیال (نشیمن‌گاه بافندگان!)**

بین عضله‌ی گلوتئوس مدیوس و توبروزیته‌ی ایسکیوم قرار داره. به بورسیت ایسکیال، بیماری نشیمن‌گاه بافندگان (weaver's bottom) هم گفته میشه چون در اثر نشستن طولانی مدت روی سطوح سفت ایجاد میشه.

پاسخ 💎 **بورسیت آنسرین (anserine)**

این بورس در سطح داخلی تیبیا (قسمت قدامی داخلی یا آنترومدیال زانو) و در زیر تاندون مشترک پنجه‌غازی (تاندون عضلات سارتوریوس، گراسیلیس و سمی‌تندینوسوس) قرار دارد. تظاهر اصلی آن، درد هنگام بالارفتن از پله است.

💎 **بورسیت آشیل**

بالای سطح اتصال تاندون آشیل متصل به استخوان کالکانئوس قرار دارد. شایع‌ترین علت بورسیت آشیل پوشیدن کفش‌های تنگ بیشتر در خانم‌ها و فعالیت زیاد است.

درمان بورسیت

درمان بورسیت دو جزء دارد:

۱. استراحت ☜ اجتناب از حرکاتی که باعث تشدید درد می‌شوند.

۲. کاهش التهاب ☜ مصرف NSAID و تزریق گلوکوکورتیکوئید موضعی در بورس.

۳ خانم ۵۹ ساله‌ای با درد قسمت قدامی ران راست به مدت ۲ هفته مراجعه نموده است. درد در هنگام خواب تشدید می‌شود. در معاینه Hip حرکات Rotation خارجی و داخلی نرمال می‌باشد. Abduction هیپ نرمال بوده ولی با اکستانسیون و فلکسیون هیپ درد بیمار تشدید می‌شود. مناسب‌ترین اقدام بعدی کدام است؟ (پره‌انترنی آذر ۹۸- میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) معاینه و گرفتن history بیمار کافی است

ب) انجام MRI ناحیه‌ی هیپ راست

ج) انجام سونوگرافی مفصل هیپ راست

د) انجام اسکن رادیوایزوتوپ

۴ در مورد تاندونیت پنجه غازی (Anserine Bursitis) تمام موارد صحیح است، بجز: (پره‌انترنی اسفند ۹۹- مشترک کشوری)

الف) فشار با انگشت در قسمت قدامی خارجی زانو، حدود ۲ تا ۳ بند انگشت زیر خط مفصلی درد را به وجود می‌آورد.

ب) استراحت، داروهای ضد التهابی و در صورت لزوم تزریق موضعی کورتیکواستروئید درمان آن می‌باشد.

ج) درد مکانیکی می‌باشد و بیشتر هنگام بالا و پایین رفتن از پله ظاهر می‌شود و همچنین موقع پا روی پا انداختن

د) بیمار از درد منطقه زانو شکایت دارد.

سؤال	۳	۴		
پاسخ	الف	الف		

۵ آقای ۴۵ ساله تنیس باز به دلیل درد شانه راست حین بالابردن دست مراجعه نموده است. درد شب‌ها مانع خوابیدن بیمار می‌شود. در معاینه در حین حرکت فعال شانه در محدوده ۶۰ تا ۱۲۰ درجه درد تشدید می‌شود. تندرنس در لمس لترال هومروس زیر آکرومیون دارد. همه اقدامات درمانی زیر توصیه می‌شود، بجز: (پره‌انترنی خرداد ۱۴۰۰- میان‌دوره‌ی کشوری)

الف) ناپروکسن خوراکی

ب) تزریق موضعی استروئید

ج) فیزیوتراپی شانه

د) بی‌حرکت سازی شانه

پاسخ تاندونیت روتاتور کاف

شایع‌ترین علت درد شانه تاندونیت روتاتورکاف است که علت ایجاد آن بالابردن مکرر بازو و تروما است. روتاتور کاف از تاندون چهار عضله‌ی سوپرااسپیناتوس، اینفرااسپیناتوس، ترس مینور و ساب اسکپولاریس تشکیل شده است که تاندون سوپرااسپیناتوس بیشتر از همه درگیر می‌شود.

Impingement Sign به درد هنگام ابداکشن فعال در زاویه ۱۲۰-۶۰ درجه گفته می‌شود.

درمان تاندونیت روتاتور کاف، حمایتی و شامل تجویز NSAID (مانند ناپروکسن خوراکی)، تزریق موضعی کورتیکواستروئید و فیزیوتراپی شانه است. اگر جواب نداد، از جراحی استفاده می‌کنیم. پس بی‌حرکتی طولانی مدت شانه، به ضرر این بیمار است.

۶ خانم ۸۰ ساله با درد شانه‌ی راست از دو ماه قبل به کلینیک روماتولوژی مراجعه می‌نماید. در سابقه‌ی قبلی از بیمار، سابقه‌ی تروما به شانه‌ی راست را دو ماه قبل ذکر می‌نماید. در معاینه‌ی انجام شده drop arm test مثبت است. تشخیص بیمار فوق چیست؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۴- قطبی)

الف) تاندونیت ترس مینور

ب) تاندونیت سوپرااسپایناتوس

ج) تاندونیت بای سپس

د) پارگی تاندون روتاتور کاف

پاسخ پارگی روتاتور کاف

به دنبال تروما یا بلند کردن ناگهانی جسم سنگین ایجاد میشه که با درد در حرکات ابداکشن و چرخش خارجی مشخص میشه. تست افتادگی بازو (Drop arm test) به تشخیص پارگی روتاتور کاف کمک می‌کنه؛ بازو رو تا ۹۰ درجه به صورت پاسیو ابداکت می‌کنیم و دستمون رو بر می‌داریم و از بیمار می‌خوایم که آروم دستش رو پایین بیاره، در پارگی روتاتور کاف دست بیمار می‌افته.

پارگی روتاتور کاف رو با MRI ، سونوگرافی و آرتروگرافی میشه تشخیص داد.

درمان پارگی معمولاً نگهدارنده (conservative) است و اگر جواب نداد یا پارگی متوسط تا شدید بود جراحی می‌کنیم.

تاندینیت کلسیفیه

معمولاً بعد از ۴۰ سالگی و در اثر رسوب نمک‌ها (هیدروکسی آپاتیت) روی تاندون ایجاد شده که باعث درد ناگهانی و شدید در شانه می‌شود.

تاندینیت کلسیفیه معمولاً خود محدود شونده است و به NSAID و یا فیزیوتراپی جواب می‌دهد. اگر نداد آسپیراسیون و جراحی هم می‌توان انجام داد.

سؤال	۵	۶		
پاسخ	د	د		

پاسخ تاندینیت بای‌سپس

تاندینیت بای‌سپس به دنبال اصطکاک تاندون این عضله هنگام عبور از ناودان بای سیپیتال ایجاد می‌شود. تظاهرات تاندینیت بای‌سپس عبارت است از: درد در قدام شانه که به ساعد تیر می‌کشد و حرکات دردناک ابداکشن و چرخش خارجی بازو.

در تست Yergason آرنج بیمار را ۹۰ درجه فلکس کرده و درمقابل سوپیناسیون ساعد مقاومت ایجاد می‌کنیم که باعث ایجاد درد در طول تاندون Biceps می‌شود.

پارگی بای‌سپس

پارگی بای‌سپس می‌تواند به دنبال حرکات سنگین ایجاد شود که در فلکشن آرنج نمای واضح ملوان زبل یا (Popeye) را دارد. تست Yergason مثبت است.

درمان پارگی بای‌سپس در افراد جوان جراحی فوری است، ولی در افراد مسن چون درد زیادی ایجاد نمی‌کند نیاز به جراحی نیست.

۷ مرد ۲۵ ساله ورزشکار با شکایت درد قدام بازو مراجعه کرده است. در معاینه، زمانی که آرنج در وضعیت فلکسیون ۹۰ درجه است، مقاومت در برابر سوپیناسیون دست، منجر به تشدید درد می‌گردد. تشخیص کدام است؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۶- قطبی)

الف) تاندونیت بای سپس
ب) تاندونیت ترای سپس
ج) تاندونیت روتاتور کاف
د) اپی‌کوندیلیت لترال

پاسخ تنوسینوویت دکوروان (De Quervain)

این بیماری به دنبال التهاب غلاف مشترک دو عضله‌ی ابداکتور دراز شست (Abductor pollicis longus) و اکستانسور کوتاه شست (Extensor pollicis brevis) در حرکات مکرر چرخشی مچ دست ایجاد می‌شود. تنوسینوویت دکوروان معمولاً در خانم‌های باردار و مادرهایی که بچه بغل می‌کنند، دیده می‌شود. دکوروان با درد، تورم و تندرنس روی زائده‌ی استیلوئید رادیوس همراه است.

پاسخ تست فینکل‌اشتاین (Finkelstein) در تنوسینوویت دکوروان مثبت است؛ از بیمار می‌خوایم انگشت شستش رو کف دست قرار بده و بقیه انگشتان رو روی اون جمع کنه که انحراف دست به سمت اولنا باعث درد در ناحیه‌ی استیلوئید رادیوس (ناحیه Anatomical snuffbox) میشه.

درمان دکوروان شامل آتل‌بندی و استفاده از NSAID و تزریق گلوکوکوتیکوئید موضعی در موارد مقاوم یا شدید است.

۸ در پری آرتریت تنوسینوویت دوکرون، محل حداکثر درد در کدام قسمت است؟ (پره‌انترنی اردیبهشت ۹۶ - میان‌دوره‌ی اصفهان)

الف) استیلوئید رادیال
ب) استیلوئید اولنار
ج) اولین مفصل کارپومتاکارپال
د) متاتارسوفالنژیال اول

۹ تست Finkelstein's در کدامیک از بیماری‌های زیر مثبت است؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶-قطبی)

الف) Calcific Tendinitis
ب) Carpal Tunnel syndrome
ج) Palmar fasciitis
د) Dequervain's Tenosynovitis

سؤال	۷	۸	۹
پاسخ	الف	الف	د

۱۰ خانم باردار با درد مچ دست راست و پارستزی سه انگشت اول و نیمه‌ی رادیال انگشت چهارم مراجعه کرده است. سابقه‌ی بیماری زمینه‌ای ندارد. انجام کدام تست بالینی زیر در تشخیص بیماری ایشان کمک‌کننده است؟ (پره‌انترنی تیر۹۷- میاندوره‌ی کشوری)

الف) PHALEN
ب) FINKELSTEIN
ج) BALLOTTEMENT
د) YERGASON

پاسخ سندرم کارپال تونل

سندرم کارپال تونل به دنبال تحت فشار قرار گرفتن عصب مدیان حین عبور از تونل کارپال ایجاد می‌شود که با علائمی مثل درد مچ، پارستزی انگشتان اول، دوم، سوم و نیمه‌ی رادیال چهارم و آتروفی عضلات تنار همراه است. این سندرم در شرایطی مثل بارداری، ادم، تروما، استئوآرتریت، آرتریت روماتوئید و ... بیشتر دیده می‌شود. دو تست معروف تینل (Tinel) و فالن (phalen) با تحریک پارستزی انگشتان برای تشخیص بیماری استفاده می‌شوند.

۱۱ خانم ۵۵ ساله با سابقه‌ی دیابت به علت درد شانه‌ی راست مراجعه کرده است. درد از ۴ ماه قبل شروع شده است. درد مداوم است و شب‌ها نیز وجود دارد. در معاینه، محدودیت حرکات در تمام جهات وجود دارد. کدام تشخیص زیر مطرح می‌گردد؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۷- مشترک کشوری)

الف) بورسیت ساب‌آکرومیون
ب) کپسولیت چسبنده
ج) تاندونیت عضله‌ی دو سر
د) پارگی تاندون روتاتورکاف

پاسخ کپسولیت چسبنده (Frozen shoulder)

کپسولیت چسبنده معمولاً در خانم بالای ۵۰ سال و در همراهی با بیماری‌های سیستمیکی مثل دیابت، MI، بیماری تیروئید، بیماری‌های مزمن ریوی و حتی بی‌حرکتی دراز مدت بازو ایجاد می‌شود. کپسول مفصل شانه ضخیم و گاهی فیبروز شده که ممکن است انفیلتراسیون سلول‌های التهابی هم دیده شود. کپسولیت چسبنده با درد و محدودیت حرکات مفصل شانه در تمام جهات و در تمام حرکات Active و Passive همراه است، درد معمولاً بیمار را از خواب بیدار می‌کند. کیس تیپیک کپسولیت چسبنده خانم دیابتی با محدودیت همه حرکات شانه و درد شبانه است. تشخیص با معاینه فیزیکی و تأیید با آرتروگرافی است .در گرافی ساده هم ممکن است استئوپنی دیده شود.

درمان اصلی کپسولیت چسبنده

- فیزیوتراپی: درمان اصلی
- کاهش التهاب با NSAID و تزریق گلوکوکورتیکوئید موضعی.

۱۲ بیمار آقای ۳۸ ساله‌ای است که با درد آرنج راست از ۳ هفته قبل مراجعه کرده است. درد وی با فعالیت و بلند کردن اجسام سنگین تشدید می‌شود. درد به ساعد تیر می‌کشد. در معاینه، تورم آرنج دیده نمی‌شود و دامنه حرکتی مفصل آرنج حفظ شده است ولی در قسمت خارجی آرنج، تندرنس موضعی وجود دارد. در ارتباط با درمان بیمار، کدامیک جایی در درمان بیماری ندارد؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطبی)

الف) تجویز NSAID
ب) تزریق موضعی استروئید
ج) استفاده از اولتراسوند در موضع درد
د) محدودیت در پروناسیون و اکستانسیون مچ

سؤال	۱۰	۱۱	۱۲
پاسخ	الف	ب	د

پاسخ اپی‌کندیلیت خارجی (Tennis elbow)

اکستنشن و سوپیناسیون مکرر مچ دست در برابر مقاومت (مثل تنیس بازان و حمل‌کنندگان چمدان) باعث درد، تندرنس و تورم محل اتصال تاندون مشترک عضلات اکستانسور ساعد به اپی‌کندیل خارجی هومروس می‌شود. درد ممکن است به ساعد و مچ دست کشیده شود.

درمان اپی‌کندیلیت خارجی شامل:

- استراحت و پرهیز از حرکات تشدیدکننده (مثل اکستنشن و سوپیناسیون) حتی گاهی با استفاده از آتل‌بندی و Sling.
- کاهش التهاب با NSAID و تزریق گلوکوکورتیکوئید موضعی.
- اولتراسوند و کیسه‌ی یخ و ماساژ

اپی‌کندیلیت داخلی (Golfer' elbow)

فلکشن و پروناسیون مکرر مچ دست در برابر مقاومت (مثل گلف و بیس‌بال) باعث التهاب، پارگی و تندرنس در محل اتصال تاندون عضلات فلکسور ساعد و پروناتور تِرِس به اپی‌کندیل داخلی هومروس می‌شود. ممکن است مثل درد قلبی به ساعد و مچ دست هم کشیده شود.

۱۳ بیمار آقای ۴۵ ساله‌ای است که با درد پاشنه‌ی پای راست مراجعه نموده است که به خصوص صبح‌ها بعد از بیدار شدن از خواب شدت دارد و با خشکی چند دقیقه‌ای همراه است. در معاینه تندرنس لوکال در مدیال پاشنه‌ی پای راست دارد. جهت وی چه اقدامی انجام می‌دهید؟ (پره‌انترنی شهریور ۹۶- قطبی آزاد)

- الف) انجام رادیولوژی برای دیدن خارپاشنه
- ب) CBC diff- ESR- RF- ANA
- ج) ماساژ موضعی و مصرف NSAID
- د) مشاوره‌ی ارتوپدی جهت نیاز به جراحی خارپاشنه

پاسخ فاشئیت پلانتار

از علل شایع درد کف پا در بزرگسالان است که به دنبال پوشیدن کفش نامناسب، راه رفتن روی سطوح سخت، چاقی، کف پای صاف و در دوندگان ایجاد می‌شود. فاشئیت پلانتار با تندرنس پاشنه‌ی پا و همینطور درد کف پای صبحگاهی همراه است که به دنبال چند قدم راه رفتن شروع و با پابرهنه راه‌رفتن یا بالا رفتن از پله‌ها تشدید می‌شود.

تشخیص فاشئیت پلانتار بالینی است، ولی سونوگرافی، MRI و رادیوگرافی هم کمک می‌کند؛ ممکن است در رادیوگرافی خار پاشنه (spur) دیده شود که اهمیت تشخیصی زیادی ندارد.

درمان شامل یخ، ماساژ، کفش طبی، بانداژ شبانه، NSAID و تزریق موضعی گلوکوکورتیکوئید است.

اگر پس از ۶- ۱۲ ماه درمان، همچنان علائم ادامه داشت، پلانتار فاشیوتومی می‌کنیم.

بریم سراغ سوال‌های جدید

۱۴ خانم ۴۵ ساله با شکایت درد در قسمت خارجی ران راست مراجعه کرده است. بیمار از تشدید درد در هنگام بالا رفتن از پله و خوابیدن به پهلوی راست شاکی است. در معاینه حرکات کمر نرمال است. تست لازک منفی است. ابداکشن اندام تحتانی راست در برابر مقاومت دردناک است. حساسیت در لمس قسمت خارجی ران راست وجود دارد. کدام تشخیص مطرح است؟ (پره‌انترنی شهریور ۱۴۰۰- مشترک کشوری)

- الف) نکروز سر فمور
- ب) بورسیت تروکانتر
- ج) رادیکولوپاتی S1
- د) بورسیت ایلئوپسواس

پاسخ درد قسمت خارجی ران به همراه تندرنس در صورتی که در ابداکشن تشدید شود، به نفع بورسیت تروکانتریک است. برگرد جواب ۲ رو بخون.

سؤال	۱۳	۱۴		
پاسخ	ج	ب		

ایستگاه دستیاری

D1 خانم ۲۷ ساله از یک ماه قبل به دنبال زایمان دچار درد قسمت رادیال مچ دست شده است. کدام‌یک از تست‌های بالینی زیر برای تأیید تشخیص مشکل ایشان کمک‌کننده است؟ (دستیاری اردیبهشت ۱۴۰۱)

الف) Phalen

ب) Finkelstein

ج) Neer

د) Tinel

پاسخ سناریوی تکراری! یک مادر تازه زایمان کرده یا مادری که دائم بچه بغل میکنه با شکایت درد مچ در ناحیه رادیال یا روی زائده‌ی استیلوئید رادیوس به نفع بیمار دکوران است. تست تشخیصی برای دکوروان، معاینه‌ی فینکل‌اشتاین است. سوال ۸ و ۹ رو مرور کن.

D2 آقای ۵۰ ساله‌ای مبتلا به آرتریت روماتوئید است، متعاقب فعالیت زیاد دچار درد پشت پاشنه پا می‌شود. در معاینه فیزیکی تورم در بخش داخلی تاندون آشیل مشهود است. کدام تشخیص صحیح است؟ (دستیاری تیر ۱۴۰۰)

الف) بورسیت آشیل

ب) بورسیت رترو کالکانئال

ج) فاشئیت پلانتار

د) آرتریت عفونی مچ پا

پاسخ این بیمار با توجه به شرح حال آرتریت روماتوئید با درد پاشنه و تندرنس در سطح داخلی آشیل، مبتلا به بورسیت رتروکالکانئال است.

بورسیت رتروکالکانئال مخصوص بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید، اسپوندیلوآرتروپاتی، نقرس یا ترومایی است و همونطور که از اسمش مشخصه با درد پاشنه به خصوص به دنبال فعالیت زیاد مشخص میشه. این بورس بین استخوان پاشنه و آشیل قرار دارد در نتیجه بیمار در معاینه تورم و تندرنس طرف داخلی و خارجی آشیل دارد.

بورسیت آشیل و فاشئیت پلانتار رو برگرد تو همین فصل بخون.

تنها کاری که باید انجام دهیم این است که درک کنیم همه‌مان بنا به دلیلی به این جهان آمده‌ایم که باید نسبت به آن خود را متعهد کنیم. آن‌گاه است که می‌توانیم بر رنج‌های بزرگ و کوچک خود بخندیم و بدون ترس پیش برویم و آگاه باشیم که در هر گام ما مقصودی و منظوری نهفته است.

خیانت

پائولوکوئیلو

سؤال	D1	D2		
پاسخ	ب	ب		

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
فیبرومیالژیا	غیرمهم (از منابع جدید حذف شده است)	•

پاسخ فیبرومیالژیا یا سندرم درد بیشتر در خانم‌ها و در همراهی و یا به دنبال عفونت، آرتریت، بیماری‌های سایکولوژیک و ... دیده می‌شود. نکته‌ی مهم تشخیص فیبرومیالژیا طبیعی بودن تمام بررسی‌ها و آزمایشات بیمار است. این بیماری با تظاهرات زیر همراهی دارد:

- درد و تندرنس منتشر و مزمن عضلانی اسکلتی به خصوص به صورت قرینه در بالا و پایین کمر و اسکلت محوری، زانو، آرنج و ...؛ درد بیمار باید اغلب در روز و اکثر روزها به مدت حداقل ۳ ماه همراهش باشد.
- احساس خستگی در طول روز
- احساس خشکی طولانی مدت بدن
- اضطراب، افسردگی، عدم تمرکز، کاهش کیفیت خواب

سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر، دیس‌منوره، کم‌کاری و پرکاری تیروئید و میگرن در این بیماران شایع‌تر است.

اساس درمان بیمار مبتلا به فیبرومیالژی کاهش عوامل استرس‌زا و بالا بردن کیفیت زندگی بیمار است. درمان دارویی بیمار هم باید در همین جهت باشد.

۱ خانم ۳۷ ساله به دلیل درد و خشکی صبحگاهی در اندام‌ها مراجعه می‌کند. بیمار از خستگی صبحگاهی و اختلالات حافظه شاکی است، در معاینه تندرنس جنرالیزه بدن وجود دارد. بیمار سابقه‌ی سندرم روده‌ی تحریک‌پذیر و گزگز اندام‌ها را ذکر می‌کند. تست‌های معمول شامل: CBC diff ، ESR ، CRP ، TSH و بیوشیمی بیمار نرمال است. کدام گزینه را مناسب می‌دانید؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۶- قطبی)

الف) درخواست RF و ANA

ب) تکرار مجدد CBC، CRP، ESR

ج) نیاز به اقدام تشخیصی اضافه ندارد

د) EMG-NCV

بگذارید بنام انسان زندگی کنیم. بگذارید آنانی که در جست و جوی حقیقت طبیعت بودند

و هرگز انسان‌های مشابه خود را اعدام نکردند را بیاد بیاوریم.

ستاره‌شناسان و شیمی‌دان‌ها هرگز زنجیر آهنین بوجود نیاوردند، هرگز حفره‌ی تاریک زندان نساختند.

زمین‌شناسان هرگز ابزاری برای شکنجه و آزار ابداع نکردند.

فیلسوفان تئوری‌های حقیقی و حقیقت را با سوزاندن همسایگانشان به مردم ارائه ندارند.

آزاداندیشان و دگراندیشان برجسته فقط برای نیکی مردمان و انسان‌ها زیسته‌اند.

رابرت اینگرسول

سؤال	۱		
پاسخ	ج		

عنوان	اهمیت	تعداد سوالات در آزمون‌های کشوری
شوگرن و تظاهرات روماتولوژیک	غیرمهم	۳
سایر بیماری‌های سیستمیک	(از منابع جدید حذف شده است)	

۱ خانم ۴۳ ساله/ شکایت خشکی دهان و چشم از چندین سال قبل/ خشکی چشم با انجام تست Schirmer توسط چشم پزشک و خشکی دهان با انجام parotid sialography تایید شده. آنتی بادی Anti RO مثبت می‌باشد. در بررسی‌های اولیه هیچ بیماری سیستمیک مشخصی ندارد. اقدام بعدی در این بیمار کدام است؟ (پره‌انترنی اسفند ۱۴۰۰- مشترک کشوری)

الف) شروع درمان با استروئید خوراکی با تشخیص بیماری شوگرن

ب) بررسی سایر علل احتمالی ایجادکننده خشکی دهان و چشم

ج) انجام نمونه برداری از غده پاروتید

د) انجام نمونه برداری از غدد اشکی

پاسخ **سندرم شوگرن**

شوگرن یک اختلال خود ایمن مزمن است که به صورت اولیه یا ثانویه به لوپوس و آرتریت روماتوئید بروز می‌کند. سناریوی شوگرن، بیماری با شکایت خشکی چشم (کراتوکنژکتیویت سیکا) و دهان (گزروستومی) و بزرگی غدد بزاقی است. وجود اتوآنتی بادی anti-RO/SSA به نفع تشخیص شوگرن است. البته سایر آنتی‌بادی‌ها از جمله ANA، RF و anti-La/SSB هم گاهی در شوگرن مثبت می‌شوند. برای زدن برچسب شوگرن، وجود علائم خشکی اشک و بزاق در کنار آنتی RO مثبت یا بیوپسی غدد بزاقی منطبق بر شوگرن کافی است. البته باید قبل از شروع درمان سایر علل خشکی مثل ایدز، سارکوئیدوز و غیره را رد کنیم. پس ب شد.

برای ارزیابی خشکی بزاق و اشک در این بیماران به ترتیب از تست شیرمر و سیالوگرافی استفاده می‌کنیم.

۲ کدام‌یک از موارد زیر فاکتور خطر و یا پیش‌بینی‌کننده لنفوم در شوگرن نیست؟ (پره انترنی دی ۹۹- میان‌دوره کشوری)

الف) تداوم بزرگی پاروتید

ب) تیتر بالای Anti- Ro

ج) کاهش تیتر C4

د) کرایوگلوبولینمی

پاسخ بیماران مبتلا به شوگرن در معرض ابتلا به لنفوم قرار دارند. وجود یک یا چند فاکتور خطر بروز لنفوم، باید با بیوپسی غدد لنفاوی ارزیابی شود. ریسک‌فاکتورهای بروز لنفوم به خصوص نوع B cell در شوگرن عبارت است از:

۱. بزرگی مداوم و یک طرفه‌ی پاروتید
۲. پورپورای قابل لمس
۳. اسپلنومگالی
۴. لنفادنوپاتی
۵. فاکتور روماتوئید مثبت
۶. کمبود کمپلمان C4
۷. لنفوپنی
۸. سایر اختلالات سرولوژیک مثل مثبت شدن کرایوگلوبولین سرم، مونوکلونال گاموپاتی

سؤال	۱	۲		
پاسخ	ب	ب		

بریم سراغ سوال‌های جدید

پاسخ **دیابت**

تظاهرات روماتولوژیک دیابت اینا‌ست:

۱. کپسولیت چسبنده
۲. آرتروپاتی شارکو
۳. سندرم تونل کارپال
۴. سندرم محدودیت حرکات مفاصل
۵. آمیوتروفی دیابتی
۶. انفارکتوس عضلانی

۳ تمام موارد زیر از تظاهرات روماتولوژیک بیماری دیابت است، بجز: (پره‌انترنی اسفند ۱۴۰۰- مشترک کشوری)

الف) سندرم تونل کارپ
ب) کپسولیت چسبنده
ج) نوروآرتروپاتی شارکوت
د) کلسیفیکاسیون زیرجلدی

پاسخ **سارکوئیدوز**

سارکوئیدوز یک اختلال گرانولوماتوز و چند سیستمی با علت ناشناخته است که آرتریت را تقلید می‌کند. مثلا در سارکوئیدوز حاد که سندرم لوفگرن خوانده می‌شود، درد مفصلی رو در کنار تب، اریتما ندوزوم (زخم و ضایعات پوستی روی ساق و قوزک پا) و لنفادنوپاتی دو طرفه‌ی ناف ریه می‌بینیم. پس در چنین شرایطی باید برای بررسی ناف ریه یک CXR بگیریم. در نوع مزمن سارکوئیدوز تغییرات استخوانی از جمله انگشت سوسیسی داریم.

۴ خانم ۲۷ ساله با درد مچ پای دو طرف و تب خفیف از ۲ هفته قبل با حالت لنگش وارد مطب می شود. ضایعات دردناک بنفش رنگی روی ساق هر دو پا دیده می شود که تندرنس دارند مچ هر دو پا متورم و کمی تندر است. ولی اریتم ندارد. کدام بررسی را انجام می دهید؟ (پره‌انترنی اسفند ۹۳- قطبی)

الف) Tap مایع مفصلی
ب) بررسی سطح سرمی اسید اوریک
ج) CXR
د) بررسی ANA

ایستگاه دستیاری

پاسخ برگرد سوال ۲ رو بخون. این بیمار مبتلا به شوگرن با توجه به داشتن ریسک فاکتور ابتلا به لنفوم یعنی پورپورای قابل لمس و لنفادنوپاتی، باید با بیوپسی لنف نود از جهت لنفوم ارزیابی شود.

D1 خانم ۶۰ ساله با سابقه ۲۰ ساله سندرم شوگرن به علت ضایعات پوستی پورپوریک و بی‌اشتهایی، کاهش وزن و تب متناوب آمده. در معاینه بر روی اندام‌های تحتانی پورپورای برجسته وجود دارد و چند لنف نود با ابعاد ۱/۵×۲ سانتی‌متر در ناحیه ساب مندیبولار دارد. کدام اقدام زیر در وی مناسب‌تر است؟ (دستیاری مرداد ۹۹)

الف) شروع هیدروکسی کلروکین
ب) شروع آنتی‌بیوتیک
ج) بیوپسی از ضایعات پوستی
د) بیوپسی از غدد لنفاوی

روماتولوژی هم تموم شد، حرفی، سخنی فیدبکی بود، یادت نره بهم بگی‌ها

سؤال	۳	۴	D1
پاسخ	د	ج	د

@MEDICA_CHANNEL